مدخل إلى

العلاجات السلوكية المعرفية

تأليف : سيريل بوفيه

ترجمة : بوزيان فرحات

دار المجدد

للنشر و التوزيع

مدخل إلى

العلاجات السلوكية المعرفية

تأليف : سيريل بوفيه

ترجمة : بوزيان فرحات

دار المجدد للطباعة و النشر و التوزيع

بسم الله الرحمن الرحيم

مدخل إلى العلاجات السلوكية المعرفية

تأليف : سيريل بوفيه

ترجمة : بوزيان فرحات

164ص- قياس 14/20 سم

المكتبة الوطنية الجزائرية 2019 .

ردمك : 978-9947-38-262-2

جويلية 2019

دار المجدد

للنشر و التوزيع

02 نهج حفصي الطاهر (وراء الولاية) – سطيف / الجزائر

036. 82 . 58 .09 / 05 50 .96 . 31 .19 / 05 50 .96 .31 .07

على الفيسبوك : دار المجدد للطباعة و النشر و التوزيع

فهرس المحتويات

المقدمة

إن العلاجات السلوكية المعرفية تتوسع بشكل متزايد في فرنسا بعد أن استطاعت فرض مقارباتها في أغلب دول العالم . منذ نشأتها أثبتت العلاجات السلوكية المعرفية بشكل تدريجي مكانتها كأحد التيارات الأساسية في العلاج النفسي . تم تطبيقها و تطويرها في البلدان الانكلو- سكسونية إلى أن أصبحت العلامة الأساسية في العلاج النفسي ، ثم بعد ذلك انتقلت إلى أوروبا ثم إلى العالم بأسره . انتشارها في فرنسا كان متأخرا ، و بشكل أبطئ و أكثر صعوبة في البداية من انتشارها في أغلب البلدان الاخرى و ذلك يعود الى هيمنة ثقافة التحليل النفسي أو الثقافة التحليلية في ميدان العلاج النفسي ، الطب العقلي و المجتمع بصفة عامة (الجامعة ،التربية ، وسائل الإعلام ، الفنون .....) .

و لكن منذ عشر سنوات ، تسارعت الوتيرة و اخذت العلاجات السلوكية المعرفية تحتل مكانة أكثر أهمية بشكل تدريجي و ذلك في ميدان العلاج النفسي و كذلك مصالح الطب العقلي . العلاجات السلوكية المعرفية أكثر شعبية ، مباشرة ، أكثر براغماتية ، أقل تكلفة و أسرع من المقاربة التحليلية .

في البلدان الانكلو- سكسونية ، العلاجات السلوكية المعرفية أكثر تطورا و هي المهيمنة على الممارسات العلاجية . من المحتمل أن يتزايد انتشار العلاجات السلوكية المعرفية بنفس الطريقة في المستقبل .

الممارسون و المعالجون يهتمون بشكل متزايد بالتكوين في هذه العلاجات (مثلا : الجمعية الفرنسية للعلاجات السلوكية المعرفية AFTCC ، أو الجمعية الفرنكوفونية للتكوين و البحث في العلاجات السلوكية المعرفية AFFORTHECC ، و كذلك تكوينات اخرى موجودة في فرنسا في اطار الشهادات الجامعية) ، و كذلك مصالح الطب الصحة تقترح بشكل متزايد علاجات سلوكية معرفية على المرضى .

هذه العلاجات مطبقة حاليا من طرف العديد من المعالجين الفرنسيين ، تلقو تكوينهم في العديد من الجامعات و مراكز التكوين المعروفة و التي عليها تسيير هذا الطلب المتزايد على التكوين في هذه العلاجات من طرف الممارسين و المعالجين . و يقبل المرضى بشكل متزايد على هذه العلاجات التي تم تعميمها في المجال الخاص و المستشفيات العمومية .

الـمقـدمـة

هذا الكتاب يعرض بشكل بسيط و دقيق القواعد النظرية (الفصل الأول) و التطبيقية (الفصل الثاني) للعلاجات السلوكية المعرفية .

هذا الكتاب موجه الى طلبة ليسانس علم النفس ، خاصة علم النفس العيادي و علم النفس المرضي و كذلك طلبة العلوم الإنسانية بشكل عام ، إضافة الى الأخصائيين الممارسين الذين يريدون التحكم بشكل سريع في القواعد النظرية و تقنيات العلاج السلوكي المعرفي ، سواء من أجل فهم أفضل لعمل زملائهم المعالجين السلوكيين المعرفيين ، أو من أجل التحضير لإجراء تكوين في هذه العلاجات ، أو لمجرد إرضاء فضولهم المهني . هذا الكتاب يمكن أن يكون مهما أيضا للأشخاص الذين يبحثون عن العلاج النفسي و يتسائلون عن التيار السلوكي المعرفي . في النهاية ، يقدم هذا الكتاب إجابات للأشخاص الذين ببساطة يهتمون بجديد و تطورات العلاجات النفسية .

الفصل الأول

العلاجات السلوكية المعرفية :
التاريخ ، النظريات و المقاربة العلمية

فهــــرس الفصــــل

تمتلك العلاجات السلوكية المعرفية تاريخا يمتد 60 سنة ، تاريخ قصير و لكنه ثري جدا . بوصلة العلاجات السلوكية المعرفية لا تشير الى الشمال ، و لكن تشير الى معايير العلمية و الفعالية التي ميزت تاريخها و التي تحدد مستقبلها . علمية النظريات و فعالية التطبيقات يسيران بانسجام و قد قاد هذان العنصران المعالجين السلوكيين المعرفيين منذ بداية التيار .

في هذا الجزء الأول ، نقوم بتقديم تعريفات عامة للعلاجات السلوكية المعرفية ، النظريات التي ترتكز عليها ، و نعرف أيضا العلاجات السلوكية المعرفية بالمقارنة مع أنواع أخرى من العلاج النفسي و نجيب على الكثير من الأسئلة المهمة مثل مسألة فعالية هذه العلاجات .

1- ماهي العلاجات السلوكية المعرفية ؟ تقديم عام

1-1 تاريخ و تعدد العلاجات النفسية

العلاجات النفسية تهدف إلى علاج الإضطرابات النفسية بواسطة وسائل نفسية في إطار علاقة بين المريض و المعالج (و ليس بواسطة طرق طب عقلية ، مثل الأدوية أو مختلف التدخلات الجراحية على الأعضاء ، خاصة الدماغ مثل الجراحة العصبية) .

الأشكال الأولية للعلاج النفسي وجدت منذ مدة طويلة جدا ، و لكن خاصة منذ القرن 18 ، مع الطبيب العقلي Philippe Pinel (1745-1825) في فرنسا ، تم اعتبار الإضطرابات النفسية ، ولأول مرة أمراضا يمكن علاجها ، على الأقل جزئيا ، بواسطة مقاربة نفسية . إنه انطلاقا من هذا ، و بعد مرور قرنين ، تستمر العلاجات النفسية الحديثة في التوسع في العالم .

في السابق كانت الإضطرابات النفسية تعتبر إما في الإطار الديني (المرضى يعانون من تلبس الجن الله او الشيطان) ، أو في إطار أخلاقي (المرضى يعاقبون بسبب ذنوبهم ، يجب ارشادهم أخلاقيا) و في كلتا الحالتين ، يتم في غالبية الأحيان إساءة التعامل معهم : الحجز و التكبيل بالسلاسل ، النفي

الإهمال الشديد ، علاجات عنيفة تسبب تفاقم الإضطراب ، الإغتيال ، التعذيب ، ......الخ .

الدكتور Philippe Pinel و الأطباء الذين جاؤو من بعده في نهاية القرن 18 ساهموا في إخراج ا الإضطرابات النفسية من هذه المفاهيم المشوهة و في التغيير العميق في نظرة المجتمع إلى الأشخاص الذين يعانون من هذه الإضطرابات . نظرة المجتمع الى الإضطرابات النفسية أصبحت طبية بشكل كبير : " المجانين " الذي كان في السابق يجب عزلهم عن المجتمع ، وأحيانا قتلهم أو معاقبتهم ، أصبح ينظر إليهم على أنهم مرضى يجب علاجهم .

و لكن العلاجات النفسية أخذت إنطلاقتها الحقيقية في القرن 20 ، أين تطور علم النفس كمجال للبحث و التدخلات الخاصة . في فرنسا ، يمكن أن نذكر Pierre Janet(1859-1947) كرائد للعلاجات النفسية الحديثة . في أوروبا و الولايات المتحدة ، ساهم Sigmund Freud مؤسس التحليل النفسي بشكل كبير في إرساء فكرة أنه يمكن علاج الإضطرابات النفسية بواسطة وسائل نفسية و علائقية . العديد من الأطباء الآخرين ، الفلاسفة ، و المختصين النفسانيين لديهم أيضا مساهمتهم في مايعتبر الآن ميدانا مهما جدا ليس فقط من علم النفس و الطب العقلي و لكن من الحياة الإجتماعية بشكل عام .

الوسائل النفسية و العلائقية المستخدمة في العلاجات النفسية كثيرة جدا : منها المقابلة (تبادل حوار حول مشاكل المريض) ، الإصغاء المتفهم ، المشاركة الوجدانية ، الإستئناف ، الإنتباه و التأويل ، ....الخ .

نجد بعض التقنيات الأخرى مثل التداعي الحر (و هي قول كل ما يخطر على البال ، بدون انتقاء أو أي شكل من أشكال المقاومة .....) مصحوبة بالإنتباه اليقظ أو الغير مستقر (إصغاء بدون موضوع محدد أو إختيار) من طرف المعالج ، هذه التقنيات تستخدم ضمن المقاربة التحليلية .

و نجد أيضا المقاربة الغير موجهة (المسماة أيضا " الإنسانية " أو " الروجرية ") المرتكزة على العميل (الذي يتكلم في ما يشاء) مصحوبة بالإنتباه النشيط و الترحيب من طرف المعالج ، الذي يمارس إعادة صياغة (إعادة توجيه خطاب المفحوص إليه) .

و توجد أيضا التقنيات المتعددة للمقاربات العائلية النسقية (إعادة التأطير المعرفي ، تمارين التواصل ، الأوامر المتناقضة) .

أخيرا، في المقاربة السلوكية المعرفية ، لدينا التقنيات السلوكية المتعددة (التعريض ، لعب الأدوار ، تجريب سلوكات جديدة) ، التقنيات المعرفية (إعادة البناء المعرفي بواسطة عدة أساليب) و التقنيات الإنفعالية (الإسترخاء ، الوعي الكامل ، التعريض و تقبل الإنفعالات .....) . يمكننا أيضا الحديث عن التقنيات التنويمية الخاصة بالعلاج بالتنويم ، عن مبادئ العلاج المسمى (إزالة التحسيس بواسطة حركة العين السريعة EMDR) لعلاج الصدمات ، و غيرها. يوجد إذن العديد من التقنيات العلاجية ، و إن كان المعالجون من مختلف التيارات يمتلكون تقنيات مشتركة مثل المقابلة العيادية ، الإصغاء النشيط ، و غيرها ، فإنهم يستخدمون أيضا تقنيات خاصة تميزهم و تفرقهم عن بعضهم البعض .

هذه التقنيات ناتجة عن مفاهيم نظرية خاصة بكل تيار . في الواقع ، كل تيار من العلاج النفسي يتميز ، إضافة الى التقنيات الخاصة ، بتصوره النظري للإضطرابات النفسية .

تفسير الإضطرابات النفسية في العلاج النفسي

- تفسر بمشاكل في التواصل العائلي ضمن المقاربة النسقية .
- بتطور الليبيدو ، الرغبة الجنسية ، ضمن التحليل النفسي .
- بإنسداد أو جمود قوة تحقيق الذات ضمن المقاربات الإنسانية .
- بالتعلم الخاطئ ضمن المقاربة السلوكية .
- بالتأويلات الخاطئة للمحيط ضمن المقاربة المعرفية .
- بالتجنب الإنفعالي ضمن المقاربات الإنفعالية
- بواسطة الجينات أو الفيزيولوجيا في الطب
- و غيرها

إعادة التأطير المعرفي ترتكز على تقديم وضعية تمثل مشكلة للمريض بطريقة مختلفة بهدف جعل الوضعية قابلة للحل او للتحسن .

لتلخيص كل ذلك ، كل تيار من العلاج النفسي يتميز بتصور نظري للأمراض النفسية و باستراتيجية علاجية و تقنيات علاجية ناتجة عن هذا التصور النظري و يجب أن تكون منسجمة معه .

2-1 له مصداقية ، أو ليس له ؟

نعتبر أنه يوجد مئات الأنواع من العلاجات المختلفة ، و جزء كبير منها غير متفق عليه بين الممارسين على أن له مصداقية و فعالية . تيارات العلاج النفسي الأساسية المعروفة و التي أثبتت صحتها هي على سبيل المثال : العلاجات السلوكية المعرفية ، بعض أشكال العلاج التحليلي ، المقاربات الإنسانية (منها مقاربات روجرز ، التيار النسقي ، العلاج بالتنويم ......)

علاجات جديدة تظهر كل يوم و بعضها سيظهر في المستقبل .

أحيانا تكون العلاجات النفسية صادرة عن خيال أو تصور أشخاص منعزلين و لا ترتكز على أي خبرة اكلينيكية حقيقية ، و لا أي أساس علمي و غالبا ماتسبب الضرر أكثر من الفائدة للمرضى . من جهة أخرى تم استخدام " شبه علاجات نفسية " من طرف بعض القبائل و ذلك من أجل خلق علاقة اعتماد جد مدمرة للضحايا [1].

دون الخوض في هذه الإنحرافات ، العلاج النفسي الغير مؤسس نظريا ، عياديا و علميا يبقى دائما سيئا و مضرا للمريض و يعرقل دخول المريض في علاج ذو مصداقية . إنها وضعية علاج خاطئة.

و لكن لحسن الحظ ، العلاجات الأساسية المعروفة صلبة عندما يتم تطبيقها من طرف معالجين أكفاء إضافة الى العلاجات الجديدة التي هي نتيجة تطور تطبيقات فعالة و مثبتة بواسطة الأبحاث العلمية . و من أمثلة العلاجات الجديدة الصلبة نجد : " الوعي الكامل " [2] ، مقاربات " علم النفس الإيجابي "[3] علاج إزالة التحسس بواسطة حركة العين السريعة [4] EMDRو العلاج بالتقبل و الإلتزام ACT كما توجد عدة أنواع أخرى لا يمكننا ذكرها كلها .

1. Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les phénomènes sectaires, http://www.derives-sectes.gouv.fr/
2. Voir par exemple : Williams *et al*. (2009). *Méditer pour ne plus déprimer*, Paris, Odile Jacob.

3-1 العلاجات السلوكية المعرفية : تعريفات عامة

العلاجات السلوكية المعرفية هي تيار في ميدان العلاج النفسي ، هو حاليا مهيمن في عدة بلدان خاصة البلدان الأنكلو-سكسونية ، و يحتل كذلك مكانة متزايدة الأهمية في بلدان اخرى ، و منها فرنسا ،التي مازالت فيها المقاربات التحليلية حاضرة بقوة إلى يومنا هاذا .

هناك عدة تسميات لهذه العلاجات : العلاجات المعرفية – السلوكية ، العلاجات السلوكية و المعرفية أو بالإنكليزية (كما تظهر في المراجع الأنكلو-سكسونية) (TCCبالفرنسية ، CBT بالإنكليزية)

و كل هذه التسميات تعني نفس الشيئ .

مثل جميع العلاجات النفسية ذات المصداقية ، المعالجون السلوكيون المعرفيون يرتكزون على مجموعة من **النظريات** لتفسير الإضطرابات النفسية (**نظريات التعلم التي تم تأسيسها من طرف :** بافلوف – سكينر – باندورا....و غيرهم ، **و النظريات المعرفية لمعالجة المعلومات** التي تم تأسيسها من طرف : إليس – بيك- و غيرهم ...) . و إنطلاقا من هذه النظريات ، فقد تم بناء **نماذج** نظرية لربط النظرية العامة مع التطبيقات العملية الممكنة لكل اضطراب ، مما قاد الى تأسيس مجموعة من **الإستراتيجيات و التقنيات و التطبيقات العلاجية** لمعالجة هذه الإضطرابات بالتوافق مع هذه النظريات و النماذج .

مجموع كل ذلك (النظريات ، النماذج و التطبيقات العلاجية) **يتم اختبار صلاحيتها بواسطة الأبحاث العلمية** التي تختبرها بشكل منتظم . بالإضافة الى ذلك ، فإن إحدى أهم الخصائص لهذه العلاجات مقارنة بالتيارات الأخرى ، هو كونها ناتجة بنسبة كبيرة عن الدراسات المخبرية أين تم اختبارها و إثبات صلاحيتها ، قبل أن يتم فيما بعد نقلها الى التطبيق العلاجي .

إنه من المهم أن نفهم جيدا النظريات لكي نفهم جيدا النماذج و التطبيقات الصادرة عنها ، و نفهم أيضا الأبحاث العلمية التي تختبر صلاحية النظريات و فعالية النماذج العلاجية المقترحة . إن العلاجات السلوكية المعرفية ، بالمعنى العام ، هي عبارة عن نماذج علاجية + التطبيقات العلاجية

3. Lecomte J. (2014). *Introduction à la psychologie positive*, Paris, Dunod.
4. Shapiro F. (2007). *Manuel d’EMDR*, Paris, InterÉditions.

و كلها مرتبطة بالدراسات العلمية التي تقوم بإختبارها منذ إنشائها . النظريات التي تقوم عليها العلاجات السلوكية المعرفية لم تنبثق من حقل هذه العلاجات .

البناء العام لعلاج علمي (يستوفي المعايير العلمية) مثال : العلاج السلوكي المعرفي

النظريات العامة

نظريات التعلم : التعلم الشرطي لبافلوف ، الإجرائي لسكينر و الإجتماعي لباندورا

النظريات المعرفية لمعالجة المعلومات و منها نظرية المخططات المعرفية لبيك

النماذج النظرية مثال : نموذج Lewhinson للإكتئاب ، دائرة نوبة الهلع ، نموذج الفوبيا الإجتماعية ، نموذج الإضطرابات المعرفية في الفصام ، النموذج المعرفي للإكتئاب ، و غيرها

التطبيقات العلاجية

↓

مثال : العلاج المعرفي لبيك ، العلاج بإستئناف النشاط في الإكتئاب ، الإستراتيجية العلاجية لنوبة الهلع ، استراتيجية التعريض في الفوبيا ، التعرض مع تسبيق الإستجابة في الوسواس ، العلاج بالوعي الكامل لإضطرابات الحصر و الاكتئاب ، و غيرها .

↕

المصادقة العلمية

إختبارات الصلاحية التجريبية للنظريات العامة و النماذج النظرية

دراسة فعالية التقنيات العلاجية

---

5. Monestes J.-L., Villatte M. (2001). *La thérapie d'acceptation et d'engagement,* ;, Elsevier Masson

4-1 أهداف العلاجات السلوكية المعرفية

مثلما يبينه إسمها ، العلاجات السلوكية المعرفية تهدف الى تغيير (العلاجات) السلوكات الغير تكيفية (السلوكية) و الأفكار (المعرفية) الخاطئة ، (سنرى فيما بعد أن العلاجات السلوكية المعرفية تدعمت حاليا بمقاربات تتناول بشكل خاص الإنفعالات ، و ذلك في اطار "الموجة الثالثة " للعلاجات السلوكية المعرفية) .

ما معنى غير تكيفي ، و مختل ؟

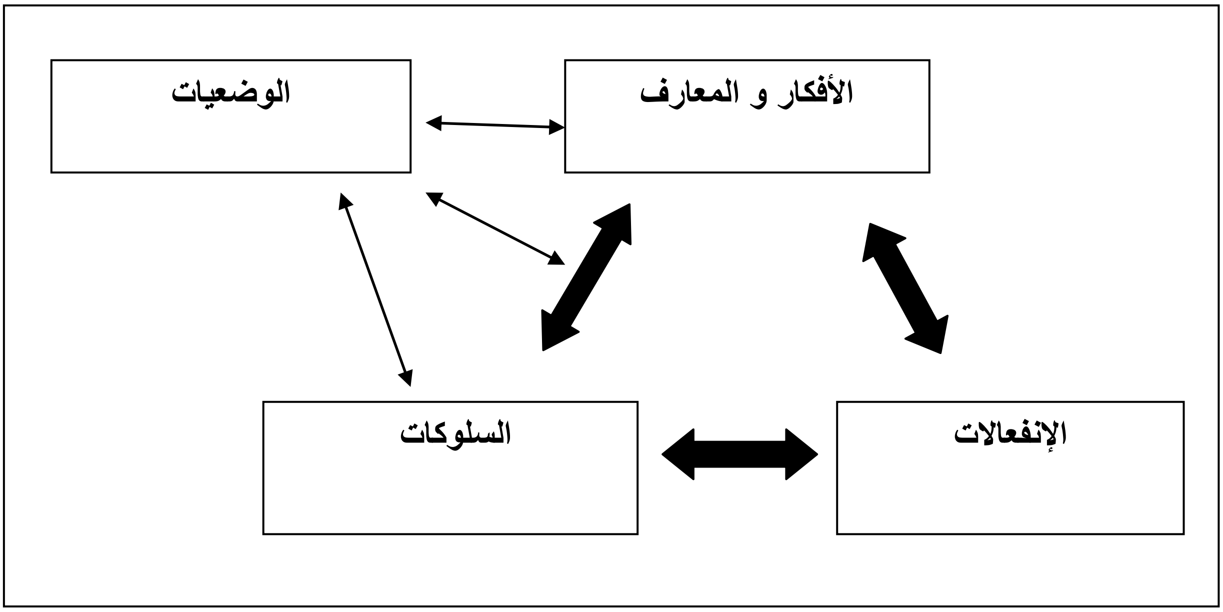
يعني هذا : ما يعيق الشخص في علاقاته مع الآخرين ، مع العالم ، و مع نفسه . الخوف المرضي من طائر الحمام هو غير تكيفي و مختل ، و كذلك تجنب الأماكن العامة ، التحقق لعشرات المرات من غلق الباب قبل الخروج (مما يسبب التأخر و القلق) هو أيضا لا تكيفي ، تجنب الذهاب إلى العمل بسبب الخوف من مقابلة الناس (حتى ولو كانوا طيبين) هو لا تكيفي ، التفكير في أنك أكثر شخص فاشل ، الأكثر بؤسا و الأسوأ في العالم هو غير تكيفي ، التعامل إما بالعنف (الإعتداء ، سوء المعاملة) أو تعاطي الكحول فقط لمواجة الظغوطات و الإحباطات هو أيضا سلوك لا تكيفي و مختل .

إذن السلوكات و الأفكار و الإنفعالات اللاتكيفية هي كذلك لأنها تعرقل المريض بشكل شديد و متكرر ، مما يؤثر على علاقته مع نفسه و مع المحيط ، و يعيق تكامله النفسي و يحد بشكل كبير من الإشباعات التي يتوقعها من الحياة و من مختلف النشاطات التي يقوم بها .

بصفة عامة ، فإن الإضطرابات النفسية ، كما يوضح الشكل في الأسفل ، تشمل الإنفعالات (الخوف ، الحزن ، الإحباط) ، السلوكات (التحقيق ، التجنب ، العنف) و الأفكار (معارف مختلة أو مشوهة) ، التي هي حسب المقاربة السلوكية المعرفية عناصر تشكل الحياة النفسية بشكل عام و الإضطرابات النفسية بشكل خاص .

تغيير السلوكات – الأفكار – الإنفعالات هو تأثير على الإضطراب أو المشكل ، و ذلك للتقليل منه أو التخلص منه و بالتالي يشفى المريض ، أي بمعنى آخر نعيد للمريض حريته و نخلصه من استعباد الإضطرابات له ، ليكون قادرا على عيش الحياة التي يريدها دون أن تعيقه أعراضه و صعوباته . و هذا هو هدف العلاجات السلوكية المعرفية .

الوضعية تعمل كمثير يقوم بتفجير ردود فعل معرفية ، سلوكية و إنفعالية و التي بدورها تتفاعل مع بعضها البعض لتشكل الإضطراب النفسي



النموذج المعرفي السلوكي للإضطرابات النفسية

5-1 تقنيات العلاجات المعرفية السلوكية

بهدف تغيير السلوكات – الأفكار – الإنفعالات المختلة و الغير وظيفية ، تحتوي العلاجات المعرفية السلوكية على مناهج هي في حد ذاتها سلوكية ، معرفية و إنفعالية .

التقنيات السلوكية هي ، على سبيل المثال ، طريقة التعريض المنتظم التي بواسطتها ، بعد تحضير خاص و اتباع تسلسل علاجي محدد ، سيكون المريض قادرا التعرض بشكل متزايد إلى الموضوع الذي يخيفه (مثلا : طائر الحمام) . بمعنى أنه بدلا من الهروب أو التجنب سيكون قادرا بشكل متزايد على الإقتراب منه . إذا سيغير سلوكه المعتاد (تجنب طائر الحمام) و يعوضه بسلوك آخر (التعرض للحمام) و هذا مايسبب انطفاء (ايقاف) إستجابة الخوف بشكل دائم (إزالة الحساسية).

عندما يكون التعريض مستوفيا لشروط محددة (المدة ، التدرج ، سلوك المختص النفسي ، ..الخ) فإنه يكون غالبا فعالا جدا لتقليل الخوف .

التعريض

التعريض ، في العلاج السلوكي المعرفي ، هو الوقوف وجها لوجه أمام ما نخاف منه ، و لكن ليس بطريقة عشوائية . فهو ليس مواجهة بسيطة و مباشرة و شديدة و ليس علاجا بالصدمة . في الواقع ، التعرض الجيد يجب ان يسبق **بتشخيص جيد** و **تحليل دقيق للمشكل** (التحليل الوظيفي) و **بتفسير جيد للمريض** لإضطرابه و لفائدة التعرض و طريقة تطبيقه (التربية النفسية) . بعد ذلك ، التعريض يجب ان يكون **خاصا بالمريض** (لا يطبق تعريض واحد على جميع المرضى) ، **و يكون بشكل متدرج** فتكون البداية بالوضعية التي تسبب أقل قلق (مثلا : رؤية صورة طائر الحمام) ، ثم ننتقل بشكل تدريجي إلى الوضعيات التي تسبب قلقا أكثر (مثلا : تقديم الطعام لطيور حمام حقيقية في حديقة حيوانات و السماح لها بالإحاطة به)

إذا كانت استراتيجية التعريض مطبقة بإحكام ، فإنه عندما يتم التعرض للوضعيات الأكثر قلقا بعد التعرض للوضعيات الأقل قلقا ، فإن الوضعيات الأولى تصبح اقل شدة مما كانت عليه في البداية . يكون التعريض أيضا **متكررا** حسب الحاجة. إنه من المهم ان **تدوم حصص التعريض مدة كافية** لإنقاص القلق كل مرة . يسبب **انخفاض القلق** في الوضعيات المقلقة ظاهرة " **التعود** " التي تؤدي بشكل تدريجي إلى **إزالة التحسس** و إلى **انطفاء** إستجابة " الخوف " .

ان هذه السيرورة هي التي تجعل من التعريض تقنية فعالة جدا .

التقنيات المعرفية ، هي على سبيل المثال : استخدام " خانات بيك " ، التي ترتكز على التعيين في جدول، الوضعيات (مثلا : بكاء طفلي الصغير) التي تولد أفكارا خاطئة أو مختلة محددة (مثلا : أنا أم فاشلة) و هذه الأفكار لها تأثير مسبب للمرض و نسميها " الأفكار الآلية " . ثم بعد ذلك ، و بمساعدة المعالج ، يقوم المريض بإختبار عقلانية هذه الأفكار بطريقة منتظمة (مثلا التساؤل السقراطي : " ماذا تقولين لنفسك ؟ هل هذه فكرة عقلانية ؟ هل يبكي أطفال الأمهات الأخريات ؟ هل هن أمهات سيئات ؟ ....الخ) . و هذا مايمكن المريض من تشكيل أفكار جديدة تسمى " الأفكار البديلة " و تكون هذه الأفكار أكثر تكيفا و تصبح موضوعا لنوع آخر من "خانات بيك " ، و ذلك ليتمكن المريض بشكل تدريجي من تبني تصورات عقلانية و بناءة حول نفسه و العالم و محاربة الأفكار الآلية السلبية (في الاخير يتبين أني لست أما أسوء من الأمهات الأخريات) . و هذا التغيير

للأفكار الآلية السلبية بالأفكار البديلة هو ما يمكن من الوصول الى سلام أو هدوء إنفعالي و "إعادة تشغيل" سلوكي . و هذا هو مانسميه " إعادة البناء المعرفي " .

تقنية الخانات لبيك BECK

الوضعيات :	طفلي يبكي
الإنفعالات :	الحزن 10/8
الأفكار الآلية :	أنا أم سيئة
الأفكار البديلة :	كل الأطفال يبكون . قد يكون الطفل متعبا أو جائعا ، او أنه في مرحلة ظهور الأسنان فهي تؤلمه ليس الأمر بالضرورة مرتبطا بي ، لست أنا السبب بالضرورة

التقنيات الإنفعالية و هي ، على سبيل المثال ، مقاربة " الوعي الكامل " التي تستند إلى بعض التقنيات العقلية التي تركز على الإنتباه (مثال : تركيز الإنتباه على التنفس) التي تقود المريض الى إدراك داخلي " ماوراء الأفكار " (يعني هذا ان يكون قادرا على ملاحظة أفكاره ، و لكن في الوعي الكامل يكون هذا أوسع قليلا ، لأن هذه الوضعية اي " ما وراء " يمكن أن يتم تطبيقها على إحساسات المريض ، انفعالاته ، افكاره .....) .

هذا يسمح بتغيير علاقة المريض مع إنفعالاته و مع أفكاره ، و تقليل تأثيرها السلبي عليه . لا يحدث هنا إذن التغيير المباشر للأفكار و الإنفعالات ، و لكن لعلاقة المريض معها ، و هذا ما يؤدي إلى تغييرها مع مرور الوقت . لأن هذا السلوك العقلي يلغي استجابة التجنب ، التي حين تكون متكررة جدا فإنها تساهم في تعزيز الإنفعالات السلبية .

التناقض في قلب مقاربة الوعي الكامل

أجلس على كرسي ، على مقعد تأمل او على مقعد عادي في حديقة ، دائما في وضعية مناسبة ، أركز انتباهي و وعيي على تنفسي ، على الهواء الذي يدخل و يخرج من جسمي خلال تنفسي . أنا لا أريد أن أغير شيئا ، ببساطة أنا واعي بما هو موجود هنا و الآن . أبقى واعيا بشكل كامل بالهواء الذي يدخل و يخرج عبر فتحتي أنفي .

قد يستغرق هذا التمرين مدة تتراوح بين بضع دقائق و عشرات الدقائق و يجب تكراراه عدة مرات في الأسبوع ، إذا انجذب انتباهي إلى شيئ آخر عدا تنفسي ، مثلا إلى فكرة أو إنفعال أو احساس بشكل متكرر ، فإنني بكل بساطة أقوم بملاحظة مالذي جذب انتباهي ، أسجل هذا الإنتقال الذي حدث لإنتباهي و ما الذي جذب انتباهي ، بدون انزعاج ، و أعيد بشكل سلس تركيز انتباهي و وعيي على تنفسي .

انا إذن لا أريد شيئا و لا أبحث عن شيء ، أنا أريد فقط البقاء جالسا هنا و أن أكون واعيا بشكل كامل بتنفسي . لا تبحث عن شيء ......و رغم ذلك فإن هذه التقنية تحقق هدفها الذي هو أن يكون الشخص أكثر هدوءا ، أقل إجتياحا من طرف الأفكار الإكتئابية و المقلقة ، حيث لا تتضمن شيئا سوى التركيز على التنفس (أو التركيز على إحساسات أخرى ...) .

أنا لا أبحث عن شيء ، إذا أنا أجد كل شيئ ، و هذا من التناقضات المتكررة في الثقافات الشرقية و التي انبثقت منها تقنية الوعي الكامل .

إن استراتيجيات العلاج السلوكي المعرفي ، و باستخدام تقنيات متوافقة مع كل إضطراب و مع كل مريض ، لها هدف مزدوج : تحسين وضعية المريض و جعل المريض يطور قدرة على " التحكم الذاتي " .

التحكم الذاتي ، في العلاجات السلوكية المعرفية ، هو أن يتمكن المريض بنفسه من تسيير صعوباته حتى دون أن يحتاج إلى معالج . يجب أن يصبح ، إلى درجة ما ، معالجا لنفسه . من أجل هذا فإن جميع التقنيات العلاجية السلوكية المعرفية لا تستخدم فقط في إطار العلاج ، و لكن يتم أيضا تعليمها للمريض بحيث يتمكن لوحده من إعادة إستخدامها إذا تطلب الأمر اثناء العلاج أو بعده ، و خاصة بعد العلاج . و هذا ما يعزز التقدم الذي أحرزه المريض في العلاج .

و هذا أيضا هو هدف كتب " المساعدة الذاتية Self help books " ، و التي تقدم للمريض على

شكل كتاب قابل للفهم ، المفاتيح النظرية و التقنية التي تساعده على تجاوز صعوباته بنفسه .

2- تاريخ نظريات و تطبيقات العلاجات السلوكية المعرفية : موجة واحدة ، موجتان أو 3 موجات ؟

العلاجات السلوكية المعرفية لم تظهر دفعة واحدة و لم تظهر في نفس الوقت .

أولا ، بما أننا نقول " العلاجات " فمعنى هذا أنه هناك العديد من العلاجات التي تنتمي إلى هذا التيار العلاجات السلوكية المعرفية هي عبارة عن تجمع منسجم لمجموعة من العلاجات ، التي كانت في السابق متفرقة عن بعضها البعض .

و في إطار هذا المعنى نستطيع القول إذا ، انها عبارة عن مقاربة دمجية ، و تقديمها عبر سرد قصة إندماجها هو بدون شك الطريقة الأكثر وضوحا لفهمها .

1-2 من التعلم إلى السلوكية : الموجة الأولى

المقاربة السلوكية تسمى غالبا : " الموجة الأولى للعلاجات السلوكية النفسية " . المقاربات السلوكية المقاربات السلوكية (behaviorisme) ترتكز مباشرة على نظريات التعلم (نظريات الإشراط) التي من أهمها الإشراط الإستجابي (الكلاسيكي) و الإجرائي ، و التي سنقوم حاليا بعرضها .

1-1-2 نظريات التعلم الكلاسيكي (او الإستجابي ، او البافلوفي)

نظريات التعلم الكلاسيكي إنبثقت مباشرة من الدراسات العلمية التي أنجزها Ivan Pavlov (1849-1936) . في بداية القرن العشرين ، و أثناء تجاربه المشهورة ، بين " بافلوف" بأنه يمكن جعل الكلاب تفرز اللعاب (الذي يعد أجسامها لإستقبال الطعام) حين تسمع صوت جرس ليس له علاقة مباشرة بالطعام . هل كانت كلاب "بافلوف " تعاني من تشوش ذهني حاد إلى درجة أنها لم تفرق بين طبق من اللحم و صوت الجرس ؟؟

بالتأكيد لا ، ببساطة إستجابة سيلان اللعاب تم " تشريطها " من طرف " بافلوف" ، يعني هذا أنه جعلها تنطلق عندما " ترتبط " بصوت الجرس . كيف فعل هذا ؟ بكل بساطة ،قام بشكل متكرر بمزامنة تقديم طبق الطعام (الذي يستثير استجابة سيلان اللعاب) مع صوت الجرس (الذي في البداية ، لا يستثير استجابة إفراز اللعاب لأن لا علاقة له بالطعام) . بإختصار ، قام "بافلوف" بتقديم الطعام لكلابه و في نفس الوقت ، أو قبل التقديم بقليل ، يقوم بإصدار صوت الجرس .

قام "بافلوف " بتعليم الكلب ، أو بالأحرى جسم الكلب أن يربط بين الصوت و إفراز اللعاب . هذا الرابط تم تسجيله في ذاكرة الكلب و بالتالي ينتج إستجابة آلية : صوت = سيلان اللعاب . مما يلفت النظر ، هو أن الرابط كان عشوائيا و غير عقلاني ، فالجرس في حد ذاته لا علاقة له بالطعام ، و لكن على الرغم من ذلك فإن صوته ارتبط بسيلان اللعاب .

بالإضافة الى ذلك ، قبل إجراء التجربة هذا الرابط لم يكن موجودا عند الكلب ، إذن " بافلوف" هو من علمه إياه . في النهاية ، الإستجابة المتعلمة (إفراز اللعاب) ليست سلوكا إراديا (مثال : يأتي الكلب بإرادته عندما نناديه بإسمه) و لكنها تنتمي إلى الإستجابات الفيزيولوجية الآلية و تعتبر استجابة فطرية أو غريزية و لا يمكن التحكم فيها إراديا .

هذه التجارب بينت إذا أنه يمكننا بسهولة ، بواسطة التزامن المتكرر ، أن ننشأ إستجابة عميقة لدى الحيوان ، و نجعله يتصرف بطريقة جديدة ، آلية و مستقلة عن إرادته ، خاصة فيما يتعلق بالإستجابات الفيزيولوجية .

بعد ذلك ، قامت العديد من الدراسات بتحديد شروط هذا النوع من التعلم الآلي المسمى أيضا " البافلوفي " أو " الإستجابي " (لأن العضوية تتعلم الإستجابة بطريقة آلية للمثيرات مثل صوت الجرس) أو " الكلاسيكي " (لأنه قديم ، و هو الأساس لنظريات التعلم) . تبين أنه مهما كان نوع المثير (و ليس فقط الجرس) فإنه قادر على الإرتباط بالعديد من الإستجابات (و ليس فقط إستجابة سيلان اللعاب و لكن أيضا الإحساسات و الإنفعالات و غيرها ....) . و هذا كما بين " بافلوف " يكون بالتزامن المتكرر للمثير مع الإستجابة المنتظرة ، و يستحسن ان يكون المثير ذو معنى بالنسبة للحيوان أو الشخص . هذا التعلم يخص الكائنات الحية المعقدة و منها الإنسان . ولكن العديد من الدراسات بينت أن هذه الظاهرة مشتركة مع كل الكائنات الحية تقريبا ، الحشرات ، النباتات و أيضا البكتيريا (نعم ، نعم ، أنظر الى المقطع التالي) إنها عبارة عن مهارة اساسية للبقاء ، حيث تسمح للكائن بالإحتفاظ بآثار تجاربه و تفاعلاته مع المحيط .

هل يمكن تعليم البكتيريا ؟

في بداية القرن 21 ، قام Saeed Tavazoie و زملاؤه في Princetown university بإثبات أن البكتيريا المسماة (Escherichia Coli) (و هي بكتيريا موجودة في الهواء و في الجهاز الهضمي للإنسان) قادرة ليس فقط على تغيير اشتغالها الفيزيولوجي للتكيف مع تغيرات المحيط (مثلا : داخل أو خارج الجهاز الهضمي ، أو في وجود و انعدام الاكسجين) ، و لكنها قادرة أيضا على " تعلم " هذا التكيف ، بمعنى نقله الى الأجيال التالية ، التي تكتسب الإشتغال الأكثر تكيفا مع الظروف الحالية دون أن تكون قد مرت بنفس الظروف في السابق) . إذن Escherchia Coli لا تقوم سوى بالتكيف مع محيطها و الإستباق التوقعي للظروف المحيطة . كل هذا و هي لا تمتلك لا نظاما عصبيا و لا دماغا .

(حذاري ، لا تتخيل بكتيريا صغيرة بجانبها محفظتها ، جالسة على كرسي الدراسة و تحاول الإنصات ، بدون آذان و لا دماغ ، الى المعلمة . إن هذا لا يحدث على مستوى الخلايا البكتيرية الفردية او على مستوى الافرد – عكس الكائنات المتطورة التي منها البشر – بل على مستوى المستعمرات البكتيرية التي ، تستدخل التغيرات جيلا بعد آخر ، و عمر الجيل الواحد 20 دقيقة)

مهما يكن ، فإن نظريات التعلم التي هي أساس المذهب السلوكي قد بلورت بشكل جيد قدرة عامة للكائن الحي و التي هي بلا شك مهمة للبقاء و هي : القدرة على التعلم من الخبرة .

في بداية القرن العشرين تطورت فكرة أنه يمكننا تغيير بعض الإستجابات الفيزيولوجية اللاإرادية (الإحساسات ، الإنفعالات ، السلوكات ...) لدى الإنسان و ذلك ببساطة بربط بعض السلوكات بمثيرات معينة . بواسطة هذه التقنية نستطيع إذن تعديل السلوكات البشرية إلى أشكال مرغوبة .

أول رائد للسلوكية (behaviorism)هو " جون واطسون " John Watson الذي عاش في الفترة مابين (1878-1958) ، الذي طور هذه الفكرة ، و خاصة في جانبها الإجتماعي (كيف نفضل السلوكات الإجتماعية " الجيدة " و نلغي السلوكات الإجتماعية " السيئة ") . على سبيل المثال ، السلوك الغير مرغوب مثل العنف يمكن أن يتم ربطه بالألم (بصمة كهربائية أو أي وسيلة مسببة للألم) ، مما يعني أنه في لحظة ظهور سلوك العنف يظهر الخوف من الألم في نفس الوقت ، و هذا ما يجعل الشخص يتجنب العنف لتجنب الإحساس بالألم . و بنفس الطريقة يمكننا ان ندعم السلوكات المرغوبة بربطها بإحساسات اللذة .

من جهة أخرى ، و هو أمر مهم في المدرسة السلوكية ، إذا كان من الممكن أن يتم تعلم السلوك (في أي فترة من فترات الحياة) ، فإنه من الممكن أيضا إزالة السلوك (" إيقاف " ، " إنطفاء " ، " إزالة التحسس " ، بمصطلحات سلوكية) . هذه الأفكار و التطبيقات الإجتماعية تم تطويرها بشكل كبير قبل الحرب العالمية الثانية بواسطة المدرسة السلوكية ، التي لم تم تكن في ذلك الوقت علاجا نفسيا بل كانت منهجا أو أسلوبا للتربية الإجتماعية ، و قد تعرض هذا المنهج لإنتقادات عديدة أخلاقيا و إجتماعيا .

التصميم القاعدي	المثير (S)	الإستجابة (R)
كلب " بافلوف "	الجرس ←	سيلان اللعاب
مثال من التربية الإجتماعية	السرقة ←	الألم
نموذج الفوبيا	طائر الحمام ←	الخوف

التعلم (أو الإشراط) الإستجابي (أو الكلاسيكي) : مخطط المثير – استجابة

بعد الحرب العالمية الثانية ، تطورت العلاجات السلوكية بشكل تدريجي بالإعتماد على نظريات التعلم الكلاسيكي (الإستجابي) . الفكرة العامة للعلاجات السلوكية هي أن العضوية قد تعلمت إستجابات فيزيولوجية (القلق ، الحزن الشديد ، سلوكات محددة ، و غيرها ...) آلية و غير تكيفية ، خلال تفاعلها مع المحيط ، و بعد ذلك تثبتت هذه الإستجابات في عضوية الكائن و أصبحت شديدة و متكررة و تنتج أعراضا . على سبيل المثال : إذا حدثت لي نوبة هلع داخل المصعد فإن عضويتي قد تربط (تتعلم الرابط) المصعد بالهلع و القلق ، و هو ما قد يفجر فوبيا المصاعد ، هذا الخوف إذن قد تم تعلمه .

من وجهة نظر سلوكية ، الأعراض هي في أغلب الأحيان " متعلمة " و يمكن ان يتم " إزالتها " . Joseph Wolpe (1915-1997) معروف بأنه أول معالج سلوكي قام بوضع استراتيجية سلوكية دقيقة و فعالة لمعالجة اضطراب خاص و هو الفوبيا . تسمى هذه الإستراتيجية " إزالة التحسيس المنتظم عبر الكف المتبادل (انظر إلى الشرح اسفله) .

إزالة التحسيس المنتظم عبر الكف المتبادل . ما معنى هذا ؟

إزالة التحسيس : إذا كان الشخص حساسا لمثير معين و يستجيب له بإستجابة القلق ، يمكن أن نزيل تحسسه (في هذه الحالة نتخلص من إستجابة القلق في وجود المثير) .

المنتظم : إزالة التحسيس بطريقة متدرجة ، منظمة ، و كاملة

الكف : يعني الكف تثبيط الإستجابة اللاتكيفية (في هذه الحالة القلق)

المتبادل : تعني ربط المثير الأساسي (الموضوع أو الوضعية المسببة للفوبيا) مع استجابة أخرى غير القلق ، حيث يكون الشخص في حالة إسترخاء ، لأن هذه الإستجابة (القلق) يتم تثبيطها أو كفها بشكل متبادل (حيث تلغي حالة الإسترخاء حالة القلق) .

هذه الإستراتيجة إذا تنص على تعليم العضوية إستجابة جديدة (الإسترخاء) في مواجهة المثير المسبب للفوبيا، هذه الإستجابة الجديدة تكون مناقضة لإستجابة القلق أو الخوف و بالتالي تقوم بتثبيطها أو كفها ، حيث لا يمكن أن يكون الشخص مسترخيا و قلقا في نفس الوقت . في حالة فوبيا المصاعد ، يجب تعليم عضوية الشخص المصاب بالفوبيا أن تربط بين المثير (المصعد) و الإستجابة المغايرة و هي (الإسترخاء) .

ما هو الإسترخاء ؟

تقنيات الإسترخاء التي هي تقنيات جسدية ، تم إدماجها بشكل سريع ضمن المقاربات السلوكية ، لأنها تسمح للموضوع بإنتاج حالة من الإنبساط ، إضافة إلى منافعها الخاصة ، فهي مفيدة في تمارين إزالة التحسيس المنتظم عبر الكف المتبادل لتعزيز السلوك المناقض للقلق و الخوف . هذه التقنيات مستخدمة بكثرة حاليا في العلاجات السلوكية المعرفية .

توجد العديد من طرق الإسترخاء[1] ، و لكن لدينا نوعان مهمان و مستخدمان بكثرة في العلاج السلوكي المعرفي و هما :

1- طريقة Schultz[2] : المسماة Training autogène ، التي تعتمد على مفاهيم مرتبط بالتنويم و بالسيرورات الفيزيولوجية (مثلا : خلال حصة الإسترخاء ، يتم جعل المريض يحس بثقل و حرارة كل جزء من جسمه ، مثلا: " ذراعي ثقيل" ....." ذراعي ساخن " ....الخ) .

2- طريقة Jacobson [3] : المسماة الإسترخاء العضلي المتدرج ، المرتكزة على مبادئ فيزيولوجية (شد و إرخاء لكل عضلة بالتتالي عضلة بعد الأخرى ..) .

1. Brenot P. (1998). *La relaxation*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 1ère édition 1988.
2. Schultz J.H. (1958). *Le training autogène*, Paris, PUF.
3. Jacobson E. (1938). *Progressive relaxation*, Chicago ; University of Chicago Press.

نظريات التعلم الإستجابي لبافلوف ستتدعم و تتحول فيما بعد ، بشكل جزئي ، بواسطة نظريات التعلم " الإجرائي " التي أتى بها (1990-1904)Skinner، هذه النظريات أتت لتكمل نظريات التعلم الإستجابي لبافلوف حيث ظهر بأن مبدأ (مثير- استجابة) غير كافي لتفسير أغلبية الأعراض و السلوكات و السيرورات النفسومرضية للبشر .

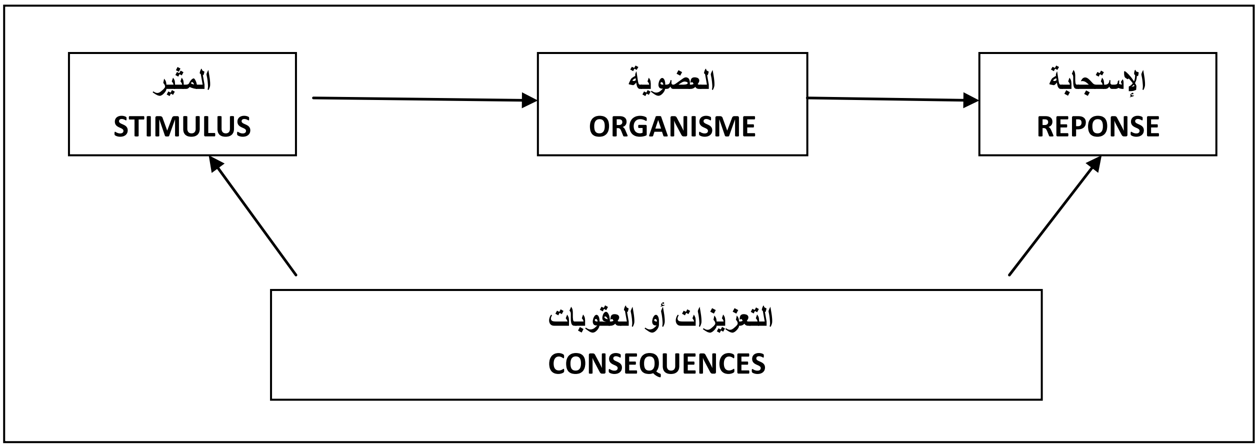
العيب الأساسي لنظريات التعلم الإستجابي لبافلوف هو أنها لا تأخذ في الحسبان إلا المثير و الإستجابة الفيزيولوجية اللاإرادية للعضوية . بالإضافة إلى ذلك ، سلوكية واطسن تقصي تماما الشخص ، معاشه النفسي ، و مسألة المعنى الذي يعطيه للوضعيات (أو المثيرات) .

من وجهة النظر هذه ، لا تعتبر سلوكية واطسن دراسة نفسية حقيقية و لكنها دراسة نفسوفيزيولوجية .

2-1-2 نظريات التعلم الإجرائي

تطور الأمر مع " سكينر " الذي ، خلال الخمسينيات ، بين أن مبدأ مثير – إستجابة محدود جدا و غير كافي و لا يأخذ بالحسبان كل سيرورات التعلم . و إنطلاقا من هذا ، فإن تجارب "سكينر " قادته إلى وضع مفاهيم أكثر تعقيدا ، و التي أصبحت الآن مرجعا مهما في حقل العلاجات السلوكية المعرفية (الجدير بالذكر ، هو أن "سكينر " في وقته لم يكن مهتما بالعلاج النفسي بشكل خاص، بل بسيرورات التعلم بشكل عام) .

ما قام " سكينر " بتطويره هو أن تعلم سلوك ليس مرتبطا فقط بالمثير الذي استثاره في البداية و لكن بآثار هذا السلوك على العضوية . إذا كانت الآثار مرغوبة من طرف العضوية سيكون هناك ميل إلى تكرار السلوك و هنا نقول بأن العضوية قد تم " مكافأتها "، و إذا كانت الآثار غير مرغوبة ، فستميل العضوية إلى التوقف عن هذا السلوك و هنا نقول أن العضوية قد تم " معاقبتها " .



المثير (على سبيل المثال : حوض سباحة) يسبب للعضوية **إستجابة** (على سبيل المثال : السباحة) ، و التي لها **آثار على العضوية** (آثار مرغوبة : الماء جيد ، السباحة ممتعة ، أو آثار غير مرغوبة مثل : الماء بارد جدا ، الأطفال يصرخون و يسببون إزعاجا ، ...) ، هذه الآثار أو النتائج ستنعكس على العضوية إما بزيادة إحتمال تكرار السلوك ، و هو **التعزيز** (سأعود إلى المسبح) ، أو تقلص إحتمال تكرار السلوك , و هي **العقوبة** (لن أعود أبدا) .

التعلم الإجرائي (أو السكينري أو النمط الثاني) ، مخطط SORC

إن هذا من السهل فهمه ، لأنه عبارة عن مبدأ مكافأة / عقوبة ، المتكرر جدا في تربية الأطفال (تناول حساءك و سأعطيك بعدها الحلويات) ، و في الحياة الإجتماعية (إعمل جيدا و سيرتفع أجرك و تصبح مشهورا) أو (إذا ارتكبت جنحة ستذهب إلى السجن) . بين " سكينر " أن هذا المبدأ يتحكم بشكل كبير في تعلم و سلوك البشر .

يمكن أن نعزز (نشجع) سلوكا معينا سواء بطريقة إيجابية بإعطاء مكافأة (طعام ، تسلية ، ...الخ) أو بطريقة سلبية بسحب بعض العناصر الغير مرغوبة (الألم ، الإنزعاج ، و غيرها ،أي نسحب شيئا يسبب للعضوية ألما و انزعاجا) ، في كلتا الحالتين ، يزيد التعزيز من تكرار العضوية للسلوك.

يمكن أن نعاقب سلوكا ، و بالتالي نوقفه أو نحد منه ، سواء بطريقة إيجابية بإضافة آثار أو نتائج غير مرغوبة (العذاب ، الألم ، و غيرها ، إنه مبدأ العقوبة الجزائية) ، أو بطريقة سلبية بنزع

الأثر أو النتيجة المرغوبة (الطعام ، اللذة ، التسلية ، و غيرها) ، إنه مبدأ (إذا لم تفعل هذا فلن تحصل على المكافأة) .

نحن نعرف أن هذه هي المبادئ الأساسية للتربية و لكن ، في الواقع ، التربية هي التي تستند على مبادئ التعلم الإجرائي و ليس العكس ، و تتكررالأمثلة على البعد التربوي للتعلم الإجرائي في الحياة اليومية ، و بطريقة عفوية و آلية و أحيانا غير واعية (مثلا : إذا سبب لي أكل السمك المرض عدة مرات ، فإنه من المحتمل جدا أن لا آكله مجددا أبدا ، و إذا حدث على العكس ، و لم أمرض فهذا يزيد من احتمال أن آكله مجددا . مثال آخر ، اذا لاحظت أنني كل مرة أعبر فيها عن عدم الإرتياح فإن الأفراد في محيطي يهتمون بي و يجعلونني أشعر بالأمان ، فإنه يمكن أن أعبر عن عدم إرتياحي فقط لأحصل على هذه الإستجابة و أشعر بالأمان . هذا النوع من التعزيز الإيجابي هو ما يساعد على استمرار المشاكل النفسية ، و يسمى في مراجع أخرى ، الفوائد الثانوية) .

في حالة الإضطرابات النفسية ، هناك عدة أمثلة ينطبق فيها هذا المبدأ :

- **التعزيز الإيجابي :** عندما يلاحظ المريض تحسنه ، يشجعه هذا على مواصلة بذل مجهود في العلاج (يعتبر هذا أيضا شكلا من التعزيز الذاتي) . يمكن أيضا إستخدام المعززات الإيجابية المباشرة أو الأولية (إشباع الحاجات الأولية مثل : تقديم الطعام ....) ، أو المعززات الثانوية (مثل التشجيع ، تقديم محفز رمزي ، و غيرها) .

- **التعزيز السلبي :** عندما يقوم مريض مصاب بالقلق بتجنب وضعية مسببة للقلق (العلاقات ، الإمتحانات ، المصاعد ، و غيرها) فإن هذا يسبب له الراحة بشكل مؤقت ، و هذا ما يشجعه على تكرار التجنب ، و الذي مع الوقت يزيد من تفاقم الإضطراب ....

- **العقاب الإيجابي :** نادرا مايستخدم بشكل مباشر في العلاج النفسي و ذلك لأسباب أخلاقية و لضعف فعاليته . تم استخدامه في الماضي ، و لكنه تعرض لانتقادات حادة و تم التخلي عنه . على الرغم من ذلك ، توجد علاجات (بالأدوية) تسبب توقف عن تناول الكحول ، هذه الأدوية تسبب إضطرابات هضمية و آلام إذا تناول الشخص الكحول ، و هذا ما قد يساعده على تجنب الكحول و هذا هو العلاج بالتنفير .

- العقاب السلبي : عندما يقوم الشخص بسلوكات سلبية ، على سبيل المثال العنف ، نقوم بحرمانه من إشباع معين (بالنسبة للأطفال هدية ، نزهة ، أكل لذيذ ، و غيرها) ، يمكن أن يتم تطبيق هذا في مجال إضطرابات السلوك لدى الطفل ، و أيضا لدى النساء المصابات بفقدان الشهية العصبي و الموجودات في المستشفى و ذلك بحرمانهن من الزيارات مادام وزنهن منخفضا جدا (و ذلك في إطار استراتيجية طبية) .

العلاجات السلوكية ترتكز إذن ، على نظرية التعزيز لمساعدة الشخص على تغيير السلوكات التي تمثل له مشكلة ، بالعمل بشكل أساسي على " المعززات " و " العقوبات " . في الواقع ، التعزيزات الإيجابية هي الأكثر إستخداما في العلاج المعرفي السلوكي . مبدأ " العقاب " في إطار نظرية التعزيز ، تقريبا لا يستخدم أبدا في العلاج المعرفي السلوكي .

من جهة أخرى ، نلاحظ انه من وجهة نظر نظرية و تاريخية ، فإن نظريات التعلم الإجرائي ، مع أخذها بعين الإعتبار استجابات العضوية في التعلم ، بدأت في ذلك الوثقت بإدماج مبدأ أن استجابات الشخص ليست آلية بحتة كما افترض التعلم الإستجابي ، و لكنها مرتبطة بالنتائج التي عادت على الشخص من وراء سلوكه . ظهر إذا هنا لأول مرة في النظرية السلوكية الإعتراف بكيان الشخص ، حيث بدأت هذه النظريات تنفصل بشكل تدريجي عن مبدأ إلغاء كيان الشخص .

نظريات التعلم الإجتماعي كانت هي الرابط بين المقاربات السلوكية و المقاربات المعرفية و ذلك لأنها أدخلت بعدا معرفيا في نظريات التعلم .

2-2 ماذا عن المعاش النفسي ، الأفكار ، المعتقدات ، الإرادة ، المعنى .....؟ الموجة الثانية ، الموجة المعرفية

1-2-2 نظريات التعلم الإجتماعي (أو عن طريق التقليد)

خطوة إضافية سيتم إتخاذها في هذا الإتجاه المعرفي انطلاقا من سنوات الستينيات و ذلك من طرف

Albert Bandura(1925-......) ، مع نظرية التعلم الإجتماعي او التعلم عن طريق " التقليد "

إنها الخطوة الثالثة (و الأخيرة) لنظريات التعلم التي ترتكز عليها المقاربات العلاجية السلوكية . بنفس الطريقة التي تعامل بها " سكينر " مع التعلم الإستجابي أي بتصحيحه و تكميله و ليس بإلغائه أو تعويضه ، أتت نظرية التعلم الإجتماعي لتكمل النظريتين السابقتين بدون إلغائهما أو تعويضهما . عيب النظريتين السابقتين هو أنهما اغفلتا المميزات الخاصة للتعلم الإنساني و هذا على مستويين :

1- النظريات السابقة تفترض بأن الشخص موجود بشكل مباشر في الوضعية المسببة للتعلم (على سبيل المثال ، الشخص هو الذي يسلك و يتلقى نتائج سلوكه) .

و لكن في الواقع ، توجد عدة حالات يمكن أن نتعلم فيها دون أن نكون موجودين بشكل مباشر في الوضعية ، يكفي أن قراءة كتاب ، سماع شخص يروي تجاربه ، أو ملاحظة شخص آخر في الوضعية ، بملاحظة سلوكاته و نتائجها ثم نقرر هل نقلده أم لا و ذلك حسب النتائج . كل هذا يمثل **البعد الإجتماعي** و المعرفي للتعلم .

2- التعلم الإجتماعي يدمج **أبعادا معرفية** (المعاش النفسي للشخص) في سيرورات التعلم ، و هذا ما كان جديدا في ذلك الوقت .

في الواقع ، لكي يحدث التعلم عن طريق التقليد ، يجب أن يلاحظ الشخص الوضعية ، يتذكر عناصرها ثم يعيد القيام بما لاحظه ، و أن يكون متحفزا لفعل كل ما سبق ذكره ، و معنى ذلك ، أن عليه أن يؤمن بأنه قادر على تكرار السلوك الذي لاحظه . كل هذه الخطوات تتطلب سيرورات نفسية ، قدرات معرفية و إحساس ذاتي بالقدرة (مصطلح مشهور أتى به " باندورا ") .

بحيرة متجمدة : هل أستطيع أم لا ؟

فائدة التعلم الإجتماعي في البقاء جافا

أنا أمام بحيرة متجمدة ، الجليد يبدو متماسكا و أنا أريد التزلج عليه ، و لكن لدي شك : هل الجليد صلب بما فيه الكفاية لتحمل وزني ؟ في هذه اللحظة يأتي شخص آخر ، على بعد أمتار مني ، يقوم بدون تردد بلبس حذاء التزلج و الإنطلاق في البحيرة . ألاحظ بإنتباه : إذا لم ينهار الجليد بسبب وزنه ، و هو ما أنتظره ، سأتزلج أنا أيضا . و لكن إذا انهار سأبقى على حدود البحيرة (و البحث عن وسيلة لمساعدة هذا الشخص للخروج)

أنا تعلمت إذا بملاحظة سلوكات شخص آخر و نتائج هذه السلوكات عليه (و ليس علي أنا) . و لست في حاجة إلى إختبار جميع الوضعيات و نتائجها بشكل مباشر كل مرة . لقد تعلمت بالنيابة إن صح التعبير ، هذا النوع من التعلم شائع لدى الكائنات الإجتماعية و بالطبع لدى البشر .

" باندورا " ليس معالجا نفسيا و لم يقم بتطوير نظريته من هذا المنطلق . و لكنها ، من وجهة نظر إكلينيكية ، قد أثرت على المفاهيم الخاصة بالإضطرابات و العلاجات النفسية ،و في ميدان العلاجات السلوكية المعرفية . أولا ، من وجهة نظر تاريخية ، فقد مكنت المعالجين من الإنفتاح أكثر على الأبعاد المعرفية و بالتالي على المعاش النفسي للمرضى . و قد غير هذا بشكل جذري التوجه السائد للإستراتيجيات العلاجية السلوكية في ذلك الوقت و ذلك بفتح المجال لربط المقاربات السلوكية بالمقاربات المعرفية ، هذا الربط سيتحقق بعد عدة عقود من ذلك (عقد هو 10 سنوات) .

و فيما يخص التطبيقات الإكلينيكية ، كان لها تأثير ملموس ، لأن الإهتمام بالأبعاد المعرفية للتعلم الإجتماعي سمح بالرفع من فعالية المقاربات السلوكية الكلاسيكية . بالفعل ، إن الأخذ بعين الإعتبار الحالة النفسية للمريض : دوافعه ، معتقداته ، وعيه بالمشكل ، قدراته المعرفية ...، مع تطبيق مبادئ التعلم الإستجابي و الإجرائي ، أكثر فعالية لتغيير سلوكاته (أو أعراضه) .

هذه المقاربة تسمح أيضا بالأخذ في عين الأعتبار تصورات الشخص ، لأن هذه التصورات يمكن أن تصبح " معززات داخلية " (و التي لم تهتم بها نظرية التعلم الإجرائي) : إذا كنت أنتظر مكافأة من سلوك معين ، فسوف أرغب في فعله ، و كذلك ، إذا كنت فخورا لأسباب شخصية بإنجاز مهام أو أشياء معينة ، فسأرغب كذلك في فعلها ، إنه مبدأ " التعزيز الذاتي " .

في المقابل ، إذا كنت أؤمن بأن سلوكا معينا سيكون له نتائج مؤلمة لي ، لن أتجرأ على فعله ، كل هذا يندرج ضمن مبدأ " التعزيز الذاتي " . نلاحظ كثيرا في العلاج أنه ، إذا توقع المريض أنه سيعاني إذا طبق تقنية علاجية (مثلا : تقنية التعرض للعلاقات الإجتماعية) ، و لم يأخذ المعالج قلقه هذا بعين الإعتبار ، فإن هذا يقلل من فرص نجاح التقنية ، فإما أن المريض سيرفض تطبيق التقنية ، أو سيقبل و لكن ظروفه النفسية ستجعل التقنية بدون جدوى .

التأثير المهم الآخر لنظريات التعلم الإجتماعي على الإستراتيجيات العلاجية هو تحديدا ، إعتبار البعد الإجتماعي ، يعني هذا ببساطة ، التقليد . تبني سلوك جديد (مثلا : عدم تجنب وضعية مسببة للقلق) سيكون أسهل لو رأينا شخصا آخر يقوم بذلك ، بدون أن يحدث له شيئ سيئ ، ثم نكرر السلوك بعد ذلك .

لذلك ، و انسجاما مع هذا ، يحاول المعالجون السلوكيون المعرفيون ما أمكن ، أن يشرحوابأنفسهم للمرضى كيفية تطبيق التقنية العلاجية قبل أن يطلبوا منهم تطبيقها (مثلا : أن يلمس المعالج العنكبوت أمام المريض في حالة فوبيا العناكب ، أو يضع نفسه في وضعية التنفس السريع في حالة نوبات الهلع) . بالإضافة إلى ذلك ، يوضح هذا أهمية التقليد في تحفيز تطور " العلاج الجماعي " ، أين يمكن للمشاركين التحاور بهدف مشاركة خبراتهم وملاحظة تجارب و استجابات بعضهم البعض للإستفادة منها . يتعين على المعالج أثناء الحصة العلاجية الجماعية أن يتناول التجارب الإيجابية و يشجعها (و ذلك دون تجاهل التجارب السلبية) .

من جهة أخرى ، في أثناء العلاج ، يطلب من المرضى ملاحظة الطريقة التي يتصرف بها الأشخاص المحيطون بهم ، خاصة في الوضعيات التي تمثل مشكلة بالنسبة للمرضى . هذا يدعم فهم المرضى لصعوباتهم و مشاكلهم و يفتح لهم ، بفضل الملاحظة و التقليد (يستطيع هذا الشخص أن يفعل هذا ، لماذا لا أفعلها أنا أيضا) مجال السلوكات الممكنة ، حيث أن المرضى لديهم ميل إلى تكرار نفس السلوكات الغير تكيفية بطريقة متصلبة بدون أن يكونوا واعين بأن هناك سلوكات أخرى ممكنة في نفس الوضعية .

نلاحظ إذن كيف دعمت نظريات التعلم الإجتماعي ، بإدخالها للأبعاد الإجتماعية و المعرفية ، نظريات التعلم الإستجابي و الإجرائي و طورت في نفس الوقت التطبيقات العلاجية السلوكية .

هل يمثل المعالج السلوكي المعرفي نموذجا يقلده المريض ؟

القول بأن المعالج عليه أن يفعل هو بنفسه ، قدر المستطاع ، التمارين التي يطلب من المريض إنجازها (مثلا لمس اشياء متسخة أمام مريض مصاب بوسواس النظافة ، ....و غيرها) بهدف أن يقلده المريض ، ألا يزيد

هذا من إحتمال أن يصبح المعالج بمثابة الشخص المثالي الذي يجب إتباعه في نظر المريض و بالتالي هذا يضع المريض في علاقة إعتمادية أوعلاقة إنقياد و استسلام ، و هذا ما يؤثر سلبا على العلاج ؟

يرتبط هذا بالطريقة التي تسير بها الأمور و بنمط العلاقة . في الحالة المذكورة هنا ، لا يقوم المعالج بفعل الأشياء ليبين للمريض كم هو موهوب أو ماهر في لمس العناكب (في حالة تطبيق تقنية التعريض لهذه الحشرة) ، ولكن لكي يفتح الطريق إلى هذا السلوك لدى المريض ، و لتسهيل تحكم المريض بنفسه في الوضعية . يجب تدعيم إستقلالية المريض بمساعدته على تبني سلوكات جديدة باستخدام التعلم الإجتماعي .

من جهة المعالج ، يجب أن يتحلى بالتصرف المتواضع و الحقيقي ، الموجه بشكل فعلي نحو المريض و نحو تقدمه و مخاوفه ، و ليس تصرفا موجها إلى " أناه" الخاصة : (أنظر كم أنا قوي ، أنا لا أخاف من العناكب عكسك أنت) ، و المريض يدرك تماما الفرق بين هاذين النمطين من التصرف . من جهة أخرى ، إنه من المهم أن يقدم المعالج نفسه على أنه نموذج يمكن الوصول إليه ، و غير مثالي ، و إذا لم يفعل هذا فإنه يخاطر بإحباط المريض .

نظريات التعلم ، المفاهيم القاعدية للمقاربات السلوكية و التقنيات العلاجية المنبثقة عنها ، تشكل مانسميه " الموجة الأولى " للعلاجات السلوكية المعرفية . نظرية التعلم الإجتماعي تقع نوعا ما بين الموجتين ، حيث دعمت السلوكية بدمجها لمفاهيم معرفية .

" الموجة الثانية " ، التي سنتطرق إليها الآن و التي أثرت بشكل ملحوظ على المقاربات السلوكية المعرفية ، هي المقاربة المعرفية .

2-2-2 المعارف و تأويلات المحيط

الفكرة العامة للمقاربة المعرفية هي أن إنفعالاتنا و سلوكاتنا مرتبطة بشكل كبير بالكيفية التي نأول أو نفسر بها العالم المحيط بنا و الأحداث التي نمر بها ، و ليست الأحداث في حد ذاتها ، و هذا يعود أصله لبعض الفلسفات القديمة . على سبيل المثال ، إذا رأيت في السيرك عرض " عقلة طائرة " رائع ، قد أخرج متحفزا جدا و مسرورا و أقول لنفسي " عجيب ما يستطيع الإنسان فعله " ، و لكن

يمكن أن أحرج محبطا و أقول لنفسي (ما فعلوه رائع ، و لكن أنا سابقى غير كفء كالعادة ، أنا لا أحقق شيئا و لا أستطيع أن أفعل شيئا جيدا ...) أو يمكن أن أخرج متوترا و أقول لنفسي (هذا العرض رغم أنه رائع و لكنه خطير ،ماذا لو وقع أحد اللاعبين و أصيب ؟ سيكون الأمر مرعبا) حسب المقاربات المعرفية فإن الإستجابات الإنفعالية و السلوكية للشخص في مواجهة حدث معين مرتبطة بتأويل الشخص للحدث أكثر من ارتباطها بالحدث نفسه .

هذه التأويلات تكون آلية ، غير إرادية و لا واعية بشكل جزئي . هدف المقاربات المعرفية إذن هو مساعدة الشخص على إدراك التأويلات المعرفية التي تسبب الإنفعالات و السلوكات المختلة أو الخاطئة ، و بعد ذلك تحويلها إلى تأويلات تكون نتائجها أكثر تكيفا و أكثر فائدة.

من المهم الإشارة إلى أن مؤسسي المقاربة المعرفية هم بشكل أساسي أطباء عقليون و/ أو معالجون نفسيون ، كانو يبحثون عن استراتيجيات علاجية فعالة . في حين أن النظريات السلوكية ، كما رأينا أسسها باحثون لا ينتمون إلى مجال العلاج النفسي .

مختص في علم النفس المعرفي في اليونان القديمة ، قبل 2000 عام

قال هذا الفيلسوف اليوناني ، قبل 2000 عام : " ما يؤثر في الناس ليست الأشياء ، بل المعنى الذي يعطونه لهذه الأشياء "

و قال أيضا : " الموت أيضا ليس مخيفا ، و لكن المخيف ، هو المعنى الذي أعطي للموت ، أي على أنه مخيف . إذن حينما نكون مضطربين و مشوشين أو خائفين ، لا يجب أن نتهم أي أحد سوى أنفسنا ، أي معانينا الشخصية "

هذا الشخص معرفي جدا أليس كذلك !!

(Épictète, *Manuel d’Épictète*, ier siècle, traduction du grec)

هذه المقاربات المعرفية المعتمدة على التأويلات اللاتكيفية للمريض بدأت مع Albert Ellis الذي عاش في الفترة مابين (1913-2007)[1] ، الذي أسس سنة 1955 " العلاج العقلاني " و الذي سيصبح فيما بعد " العلاج العقلاني الإنفعالي " . أسس " إليس" هذا العلاج على أساس النظرية

القائلة بأن ما يسبب المشاكل النفسية (الإنفعالات المزعجة ، السلوكات اللاتكيفية ، ...و غيرها) هي **المعتقدات اللاعقلانية** للمريض . هذه المعتقدات يمكن أن تأخذ أشكالا مثل " مهما فعلت فلن أنجح أبدا " ، " لافائدة من التقرب من الآخرين لأنهم سيرفضونني دائما " ، " أنا لا أستحق الأشياء التي أحققها " ، " إذا قمت بفعل شيئ ما سيحدث أمر سيء " .

هدف العلاج هو تحديد هذه المعتقدات ، جعل المريض يعرفها ثم تغييرها بإختبار واقعيتها و عقلانيتها في مواجهة الواقع .

بضع سنوات بعد ذلك ، في بداية الستينيات قام Aron Beck (1921 - .....) في سياق معالجته للإضطرابات الإكتئابية ، بتطور ما سمي " بالعلاج المعرفي " . بالنسبة الى " بيك " ، ما يبدو أكثر أهمية في الإضطرابات النفسية ، هي بعض الأنواع من المعارف (الأفكار) التي سماها " الأفكار الآلية " . هذه الأفكار مختلفة عن العمليات الذهنية التي نستطيع أدائها (التفكير العقلاني) ، و مختلفة أيضا عن الأفكار الإجترارية (الأفكار التي تسيطر على الذهن و لا تستطيع التفكير في غيرها) .

يتم بناء الأفكار الآلية من طرف العقل بطريقة لا إرادية و هي في غالبية الأحيان تكون ماقبل شعورية (تطفو إلى الشعور ، حيث يكون الشخص غالبا غير واعي بها ، و لكن مع توجيه إنتباهه و بعض التدريبات ، يمكن أن يصبح واعيا بها) . هذه الأفكار تكون غالبا قصيرة ، ثابتة ، و تتميز بأن الشخص يعتبرها " صحيحة " . و هذا ما جعلها تكتسب كل هذه الأهمية ، لأنه إذا كانت هذه الأفكار تعتبر كحقائق فستسبب إستجابات إنفعالية ، وسلوكية ومعرفية مرتبطة بها .

أمثلة عن الأفكار الآلية : أمام مهمة يجب أن أنجزها " لن أستطيع ذلك " ، أمام مجموعة من الناس " سيحكمون علي ، هناك شيء ليس على ما يرام بالنسبة لي " ، أمام شخص معين " أنا بلا فائدة ، سيدرك أنني بلا فائدة " ، أمام طفلي الذي يبكي " أنا أب سيئ " ، في حالة الإصابة بمرض خفيف " سوف يتطور المرض ، سوف أموت " ، أمام نظرة حادة من طرف شخص آخر " إنه يريد أن يؤذيني " ، إذا لم يرد الصديق على الهاتف " إنه لم يعد يحبني " ، و غيرها .

---

1. http://www.rebtnetwork.org/ ; Ellis A., Harper R.A. (2007). *La thérapie émotivo-rationnelle*, Ambre Éditions.

بالعودة إلى المثال الأخير ، صديقي لا يجيب على الهاتف ، إذا كنت مقتنعا (إحساس بالحقيقة) أنه لم يرد لأنه لم يعد يحبني ، فستكون لدي إستجابات إنفعالية شديدة (الحزن ، الغضب) و سلوكات ناتجة عنها (الإنطواء أو الهيجان) . في الواقع ، إذا لم يجب الصديق على الهاتف فقد يكون ذلك بكل بساطة لأنه يفعل شيئا مهما ، و أن ذلك لا علاقة له بمشاعره إتجاهي .

النظرية المعرفية لـ " بيك " تفترض أن الأفكار الآلية المختلة هي التي تسبب عدة إضطرابات نفسية و نتيجة لذلك فإن تغيير هذه الأفكار الآلية له آثار علاجية مفيدة .

" آرون بيك " ، من التحليل النفسي إلى المقاربة المعرفية ، ردا على السلوكية !!!

مثل أغلب الأطباء العقليين المعالجين الأمريكيين في سنوات الخمسينيات ، كان " بيك " محللا نفسيا . و لكنه ابتعد بشكل تدريجي و كلي عن التحليل النفسي ، بعد أن تبين له خلال أبحاثه أن النظريات التحليلية لا يمكن التحقق منها بطريقة علمية و أن تطبيقاتها العلاجية ليست فعالة كما يشاع عنها [1] .

في نفس الوقت اكتشف أثناء تعامله مع بعض المرضى أهمية " الأفكار الآلية " لفهم الإضطرابات العقلية و علاجها . و بالتالي أعاد توجيه مقاربته (العلاج المعرفي) في هذا الإتجاه الذي لم يتوقف الباحثون عن التعمق فيه و إختباره علميا إلى يومنا هذا . هذه المقاربة هي حاليا واحدة من أكثر المقاربات المثبتة علميا , " بيك " هو أحد أشهر العلماء و المعالجين النفسانيين في العالم .

إذا كانت المقاربة المعرفية مبنية ضد التحليل النفسي ، فإنها أيضا كانت ردا على المقاربات السلوكية الكلاسيكية التي تلغي المعاش النفسي من مفهومها للإضطرابات العقلية ، كما سبق و رأينا . لم يتم إتحاد المقاربات السلوكية و المعرفية إلا في سنوات السبعينيات ، و ذلك ما أنتج العلاجات السلوكية المعرفية . و قد يقال " المقاربات المعرفية السلوكية " رغم أن السلوكية ظهرت قبل المعرفية و هذا للأهمية التي تمتلكها المقاربات المعرفية .

---

1. Beck A. (2010). *La thérapie cognitive et les troubles émotionnels*, Bruxelles, De Boeck ; édition originale en anglais, 1976.

الثالوث المعرفي للإكتئاب لـ " بيك "

الإضطرابات النفسية المختلفة تتميز كل منها بأفكار آلية خاصة بها ، بالنسبة للإكتئاب ، وضع " بيك " 3 أنواع من الأفكار الآلية المتكررة المتمركزة حول الذات ، العالم المحيط (بما فيه الأشخاص الآخرون) و المستقبل :

- أنا بدون قيمة
- العالم غير عادل
- لا أمل في المستقبل

يجب أن نفهم جيدا بأن الشخص يكون خاضعا لهذه الأفكار الآلية التي أنشأتها سيروراته النفسية ، و كذلك خاضع لإعتقاده بأنها حقائق صحيحة . و من هنا يمكن أن نعرف القدر الكبير من المشاعر السلبية ، الحزن ، فقدان الرغبة و الحيوية الذي يمكن للأفكار الآلية أن تسببه حسب المقاربة المعرفية ، بكلمات أخرى ، المكانة التي تحتلها هذه الأفكار في تفسير الأعراض الإكتئابية .

يجب أن نقدر أهمية خاصيتي الآلية و القوة لهذه الأفكار : إنه من غير المفيد في العلاج النفسي ، إخبار شخص يعاني من الإكتئاب و لديه خطاب إكتئابي ، الكلام التالي " أنظر العالم جميل و أنت شخص موهوب جدا " . و لهاذا لا نحاول في العلاج إقناع المريض ، و لكن نحاول قيادته بواسطة تفكيره الخاص و تجاربه الخاصة ، إلى إدراك أن هذه الأفكار الآلية ليست واقعية ، وأن تأويلات و أفكار أخرى يمكن أن تحل مكانها و تكون أقل تسببا في الإحباط .

إذن فالمقاربة المعرفية تعمل على تغيير أفكار الشخص من " الداخل " (أي جعل الشخص واعيا بأفكاره الآلية ...ثم جعله يغير هذه الأفكار بنفسه) بمساعدة تقنيات و تمارين محددة . و هو ما يسمى" إعادة البناء المعرفي".

الأفكار الآلية هي ناتجة عن **تشوهات معرفية** ، حيث تقوم هذه الأخيرة بتشويه الإدراك المتكيف للواقع . هذه التشوهات في حد ذاتها ناتجة عن مخططات معرفية و التي هي عبارة عن بنيات لاشعورية ، تظهر على شكل قناعات ثابتة ، تنتمي أساسا إلى مرحلة الطفولة و تتحكم في نظرة الشخص لنفسه (لست شخصا محبوبا) ، نظرته للآخرين (لا يمكن للآخرين أن يحبوني) و للعالم

(العالم خطير) . العلاج المعرفي يأخذ بالإعتبار إذن الأفكار الآلية ، التشوهات المعرفية و المخططات المعرفية

3-2 إندماج المقاربات المعرفية مع السلوكية

على الرغم من أن كل من هاتين المقاربتين قد شهدت (و يمكن أن تشهد أكثر) تطورا كبيرا مما يجعلها مكتفية بذاتها ، إلا أنه في سنوات السبعينيات ، إندمجت المقاربات المعرفية و السلوكية لإنشاء العلاجات المعرفية السلوكية . أولا ، تم هذا الإندماج لأنهما تمتلكان عدة خصائص مشتركة و التي لا تشتركان فيها مع باقي المقاربات العلاجية في ذلك الوقت و منها :

- التأكيد على الإثبات العلمي للنظريات و للفعالية العلاجية (يجب إثبات ما يتم إعتماده)

- هدف علاجي محدد بشكل علمي : ما يهم هو مساعدة المريض على تجاوز اضطراباته .

- توجه نفعي (براغماتي) و نشيط ، و يتجلى ذلك في استعمال تقنيات كثيرة و متنوعة ، و مختلفة بشكل عام عن المقاربات الأقدم (العلاج التحليلي و العلاج بالدعم) التي تكون غالبا عبارة عن مقابلات وجها لوجه تكون فيها المهمة الأساسية للمعالج هي الإصغاء فقط .

بعيدا عن هذه المميزات المشتركة التي وجدت حتى قبل أن يتم إندماج المقاربتين ، فقد تبين منذ إندماجهما أن الأبعاد السلوكية و المعرفية كانت متداخلة جدا في المعاش النفسي للأشخاص ، و انتقل ذلك التداخل إلى السيرورات العلاجية .

في الواقع ، التمارين السلوكية ، مثلا التعرض (في حالة الفوبيا) ألا تقود المريض إلى تغيير معتقداته في نفس الوقت الذي يقوم فيه بسلوكات جديدة ، و إلى إدراك أن الشيء الذي كان يظنه خطيرا ليس كذلك ؟ ، و حين يغير الشخص أفكاره المختلة (مثلا : الآخرون يحكمون علي بشكل سلبي دائما) يقود هذا إلى تغيير سلوكه (مقابلة الآخرين بثقة أكبر) .

ألا يبدو أن العمل على تغيير الأفكار هو سبب في تغيير السلوك ، الذي بدوره يعزز الأفكار الجديدة؟ و أبعد من ذلك ، عندما يعي المريض أفكاره الآلية المسببة للقلق (أمام إصابة صغيرة " سوف أمرض و أموت ") و يعمل عليها مع المعالج ، أليست فعالية العلاج هنا مرتبطة بشكل جزئي بسيرورة التعرض للأفكار؟ و بالتالي بسيرورات تمت بلورتها من طرف نظريات التعلم و التي فسرت بشكل معتاد السلوكات ، و لكن ألم يتم تطبيقها هنا في هذه الحالة على الأفكار ؟ و في نفس السياق ، " الأفكار الآلية " من أين تأتي ؟ ألا يتم " تعلمها " بنفس الطريقة التي يتم بها تعلم سلوك ، أي بإتباع قواعد نظريات التعلم ؟ .

من جهة أخرى ، عندما نقول بأن السلوكات " المفتوحة " هي سلوكات يمكن رؤيتها و أن السلوكات (المخفية) هي سلوكات لا يمكن رؤيتها ، أليست الأفكار سلوكات " مخفية " ؟

بإختصار ، نرى هنا أن الإندماج النظري و التقني للمعرفية و السلوكية هو انعكاس لإندماجهما في المعاش النفسي للشخص . و هو ما يفسر الإنسجام الكبير لهذا الإندماج .

نلاحظ من جهة أخرى أن العلاجات المعرفية السلوكية هي مقاربات تفاعلية في الأصل ، لأن العناصر المكونة للمشكل (الأفكار ، السلوكات ، الإنفعالات) ، هي في تفاعل متبادل فيما بينها ، و في ارتباط متبادل مع الوضعيات التي يواجهها الشخص (المثيرات الخارجية) .

بالإضافة إلى ذلك ، في التطبيقات ، لا يجب على المعالج المعرفي السلوكي أن يعرف و يطبق مبادئ هذه المقاربات و التقنيات الخاصة بها (استراتيجية التعريض التي هي سلوكية ليست هي نفسها تقنية إعادة البناء المعرفي بواسطة التساؤل السقراطي [1]) فقط ، و لكن يجب أن يكون قادرا أيضا على التنسيق فيما بينها في إطار النماذج العلاجية .

القصة التي رويناها تضمنت ميلاد و تطور السلوكية (الموجة الأولى) ، ثم المعرفية (الموجة الثانية) و في الأخير اندماجهما . تنقلنا القصة الآن أكثر من 10 سنوات إلى الأمام ، إلى سنوات الألفية الثانية . و لكن القصة مازالت مستمرة كما قلنا ، و هي تتقدم بالإعتماد على الحاضر و التحضير للمستقبل . هل ستكون هناك موجة ثالثة ؟ إذا كانت الإجابة نعم ، ستسميها القصة إذن الموجة الإنفعالية و هي ما سنتطرق إليه الآن .

---

[1] الحوار السقراطي هو تقنية من تقنيات المقابلة العلاجية يركز على التساؤل حول عقلانية الأفكار الآلية للمريض (أو معتقداته) عبر مجموعة تساؤلات منطقية متتالية يسأله إياها المعالج .

2- 4 هل نسيت الإنفعالات ؟ نحو موجة ثالثة ؟

بعض المؤلفين و الممارسين الفرنسيين يتحدثون منذ بضع سنوات ، عن علاجات معرفية سلوكية إنفعالية TCCEو يفضلونه على مصطلح العلاجات السلوكية المعرفية TCC . و بالتالي هل فعلا ستصبح العلاجات السلوكية المعرفية علاجات سلوكية معرفية إنفعالية ؟

لفهم هذا التقدم و فهم فائدته المحتملة ، يجب أن نحدد جيدا مكانة الإنفعالات في النظريات السلوكية و المعرفية التي ذكرناها سابقا .

لمدة طويلة ، كانت الفكرة المسيطرة في العلاجات السلوكية المعرفية هي أن الحياة الإنفعالية هي مجرد نتيجة ، و بالتالي فإنها اعتبرت مثل نتيجة لتأثير ظواهر التعلم و /أو الظواهر المعرفية . حسب نظريات التعلم ، إذا اعتبرنا أنه في وضعية عادية (ركوب المصعد مثلا) أحسست بالخوف (فوبيا المصاعد) ، فذلك راجع إلى أن عضويتي في وقت سابق قد ربطت – تعلمت – بين وضعية المصعد هذه و انفعال الخوف أو القلق ، بواسطة التزامن ، او بواسطة التعزيز أو بواسطة التعلم الإجتماعي .

يظهر الإنفعال إذن كنتيجة لتأثير التعلم . من جهة أخرى ، من المنظور المعرفي ، ظهور إنفعالات القلق هو عبارة عن نتيجة لتأويلنا للواقع (" المصعد سيسقط ـ سوف أموت " ، " سوف تحدث لي نوبة هلع في المصعد ، لن يستطيع أحد مساعدتي ، أنا أخاطر بأن احتجز في المصعد " ...) . هذه التأويلات التي تكتسب قوتها من كون المريض يعتبرها صحيحة أو حقيقية ، هي التي تسبب إنفعال القلق .

إذن ، بما أن الإنفعالات اللاتكيفية تعتبر نتائج للتعلم ، للإشراط أو للتأويلات المعرفية السلبية ، فإنه من أجل تغييرها (إنقاص الإنفعال الغير مرغوب أو الشديد ، تعزيز الإنفعلات المتكيفة و المرغوبة) يكفي أن نعمل على أسبابها (التعلم و الأفكار) ، و عندما تتعدل الأسباب تتعدل الإنفعالات بشكل آلي . إذن كان مبدأ الإستراتيجيات العلاجية في الماضي هو العمل على السلوكات و الأفكار للتأثير بشكل غير مباشر على الإنفعالات اللاتكيفية .

و لكن منذ حوالي 20 سنة ، ظهرت مقاربة جديدة تعتمد على نتائج الأبحاث في مجال الحياة الإنفعالية : مثل الأبحاث حول استراتيجيات المواجهة Coping (الكيفية التي تتم بها مواجهة الوضعيات و مواجهة الإنفعالات) (Lazarus (1984 [1]) ، و كذلك التعديل الإنفعالي (philippot .2011 [2])، و أيضا مفهوم الذكاء الإنفعالي (Solvey et mayer .1990 [3]) و انتهاءا بأعمال (Seligman et al .1999 [4]) في مجال علم النفس الإيجابي .

كل هذه الأعمال سمحت بتبني نظرة جديدة للحياة الإنفعالية و بناء تقنيات جديدة لتغييرها . هذه التقنيات تهدف إلى علاج نفسي للإنفعالات مختلف عن ذلك الخاص بالمقاربات السلوكية و المعرفية. هناك أربع مقاربات أساسية :

- مقاربات تأمل الوعي الكامل (mindfulness) (Kabat Zin, 1979 ; Segal, 2002) .

- العلاجات المسماة " العلاج بالتقبل و الإلتزام " *(Acceptance and Commitment)* و التي جاء بها Hayes في نهاية سنوات الثمانينات [5] .

- مقاربات علم النفس الإيجابي (Lecomte .2009)

- العلاج السلوكي الدياليكتي لـLinehan ، و الذي تم تطويره لعلاج إضطرابات الشخصية الحدية (Linehan .2006 [6]) .

تتضمن هذه المقاربات تركيزا مباشرا على العمل على الحياة الإنفعالية (و المعرفية أيضا) .

---

1. Lazarus et Folkman (1984). *Stress, appraisal and coping*, New York, Springer ; Paulhan I., Bourgeois M. (1995). *Stress et coping : les stratégies d'ajustement à l'adversité*, Paris, PUF.
2. Philippot P. (2011). *Émotions et psychothérapie*. Éditions Mardaga ; B. Rimé (2005). *Le partage social des émotions*, Paris, PUF.
3. Salovey P., Mayer J.D. (1990). Emotional intelligence, *Imagination, Cognition, and Personality, 9*, 185-211.
4. Seligman M.E.P. (1999). The president's address (1998 APA Annual Report), *American Psychologist, 54*, 559-562 ; Lecomte J. (2014). *Introduction à la psychologie positive*, Paris, Dunod.
5. Monestes J.-L., Villatte M. (2001). *La thérapie d'acceptation et d'engagement*, Paris, Elsevier Masson
. 6. Linehan M.M. (2000). *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état limite, Genève, Médecine et Hygiène*.

الموجة الثالثة ، هل هي عبارة عن علاجات قديمة يتم دمجها في العلاجات السلوكية المعرفية ؟

- تأمل الوعي الكامل (mindfulness based therapy)، أسسه Kabat Zin و ذلك في نهاية سنوات السبعينات .
- العلاج بالتقبل و الإلتزام (Acceptance and commitment therapy)، أسسه Hayes في نهاية سنوات الثمانينات .
- العلاج السلوكي الدياليكتي (Therapy comportemental dialectique)، لـ Linehan و قد أسسته في بداية سنوات التسعينات .
- علم النفس الإيجابي ، أسسه Seligman في نهاية سنوات التسعينات .

إن المسألة تتعلق إما بتغيير الإنفعالات في حد ذاتها و إما علاقة الشخص بإنفعالاته و بأفكاره . قد يبدو هذا إختلافا عن المقاربات السلوكية و المعرفية الكلاسيكية، و لكنه مناسب لها . و سوف نعرض هنا 3 أمثلة على أهمية هذا التغيير في وجهة النظر الذي جاءت به هذه الموجة .

1-4-2 تغيير تعامل المريض مع إنفعالاته و أفكاره

رأينا أنه كان هناك سببان يفسران لماذا تنتج الأفكار الآلية إنفعالات مزعجة (و سلوكات لا تكيفية) وهما : أولا محتوى هذه الأفكار لا تكيفي ، و ثانيا ، الشخص يتعامل معها على أنها حقائق .
المقاربات المعرفية الكلاسيكية تعمل ، غالبا بشكل ناجح ، على تغيير محتوى هذه الأفكار و ذلك بقيادة الشخص إلى إدراك لا واقعية هذه الأفكار ثم بعد ذلك إلى تعويضها بأفكار أخرى أكثر تكيفا .
لكن المقاربات الجديدة للموجة الثالثة لا تعمل على تغيير محتوى هذه الأفكار ، و لكن المعنى الذي يعطيه المريض لهذه الأفكار .
في مقاربات الموجة الثالثة ، تحتفظ هذه الأفكار بأولويتها ، و لكن باستخدام تقنيات متنوعة ، يسحب المريض عن هذه الأفكار صفة الحقيقة ، و يعتبرها عادية مثل الأفكار الأخرى التي تجول في ذهنه وأن لا علاقة لها بالواقع .

هذا السلوك الذهني الجديد يعزل هذه الأفكار عن قدرتها المسببة للمرض . نفس المبدأ يسير علاقة المريض بإنفعالاته .

عندما يمر شخص مصاب بالإكتئاب بفترة حزن ، يتولد لدى المريض إنطباع بأن هذا الإنفعال صحيح و حقيقي : أنا حزين ، إذن هذه الوضعية التي أنا فيها حزينة ، الواقع حزين و هذا يمكن أن يستمر لفترة طويلة . هذه الإستجابة الإنفعالية في حد ذاتها هي إستجابة مثيرة للحزن و الإكتئاب : أي يصبح حزينا لكونه حزينا و قلقا لكونه قلقا . و تتشكل حلقات إكتئابية مفرغة تؤدي لإستمرار و تفاقم الألم النفسي .

و لكن ، إذا قدرنا الإنفعال الذي يمر بنا على أنه إنفعال بسيط ، أي على أنه سيرورة نفسية و فيزيولوجية طبيعية ، و لا يعبر بالضرورة عن الحقيقة ، و أن له وقت محدد و سوف يتوقف بعد ذلك ، نحن بذلك نقوم بتكسير الحلقة المفرغة و يفقد الإنفعال قدرته المسببة للمرض و يصبح يسبب مشاكل أقل للمريض .

إن إدراك ما يمر بنا (أفكار و إنفعالات) و معاملتها كما هي بدون زيادة أو نقصان ، هو أساس مقاربات تأمل الوعي الكامل و المقاربات العلاجية التي تعتمد على التقبل .

2-4-2 عدم تجنب إنفعالاته و أفكاره

عندما يكون شخص في حالة معاناة نفسية ، فإنه يبحث بشكل طبيعي عن التخلص من هذه المعاناة و عن حماية نفسه . أحد الوسائل الأكثر عفوية لفعل ذلك هو تجنب ما يسبب الإزعاج و القلق . بعض الأفكار (" أنا عديم الكفاءة ") و الإنفعالات (القلق ، الحزن ، الشعور بالذنب ، الخجل ...) تكون أحيانا مزعجة و مؤلمة جدا و شديدة في بعض الأحيان .

لحماية أنفسنا يطور المعاش النفسي مجموعة من إستراتيجيات التجنب حيث لا يفكر الفرد فيها و لا يحس بها ، هذه الإستراتيجيات (التي سبق و رأيناها في اساليب المواجهة le coping المرتكزة

على الإنفعال و رأيناها أيضا ضمن التعديل الإنفعالي) يمكن أن تكون لها بعض الفعالية على المدى القصير أو اللحظي في إبعاد المريض عن القلق . و لكن حين يتم إستخدامها بشكل متكرر و لمدة طويلة ، تشكل عندها مشاكل كبيرة .

في الواقع ، بطريقة آلية و لا شعورية ، هذه الأفكار و الإنفعالات التي تم إبعادها عن مستوى الوعي أو الشعور تصبح أكثر قدرة على التسبب في المرض لأنها لم تعالج فعليا معالجة صحيحة بواسطة الأساليب السليمة ، أي أنها لم تُدمج .

حسب هذه المقاربات ، لا تمثل الأفكار و الإنفعالات مشكلة في حد ذاتها ، بل المشكلة هي أن المريض يقوم بتجنبها (غالبا بطريقة آلية) و لا يستطيع أن يعيشها كما هي بشكل كامل . مساعدة الشخص على الكفاح ضد التجنب و على تقبل ما يشعر و ما يمر به (الأفكار و الإنفعالات) هو مبدأ مقاربات التقبل و الإلتزام (التي تستخدم أيضا تقنيات تأمل الوعي الكامل) .

3-4-2 تطوير الإنفعالات و الأفكار الإيجابية

لمدة طويلة ، كان للعلاجات النفسية هدف وحيد و هو مكافحة الأعراض النفسية ، تقليل ما يسبب مشكلة للمريض إلى أقصى حد ممكن ، و بالتالي يكون العمل على التظاهرات السلبية التي تنشأ لدى الشخص . إنه بالتأكيد هدف مقبول جدا و متوافق . رغم هذا ، هناك مجال آخر قابل للتطبيق و الذي يركز على مساعدة المريض على تطوير قدرات التقبل لديه ، و التي بدورها تعزز صحة المريض النفسية . إن هذا إذن هو عمل على تطوير تظاهرات إيجابية لدى الشخص .

في الواقع ، الصحة النفسية تتشكل من مجموعة من الإشباعات المتكررة بشكل يومي و يحصل عليها الشخص من الحياة في حد ذاتها . و لكن الإضطراب النفسي يحطم معظم هذه الإشباعات و اللذات أو يحد منها ، و يمنع الشخص من الإحساس و الإستفادة من اللحظات الجيدة التي هي موجودة في محيطه . إذا ، هناك تأرجح بين الصحة و الإضطراب ، و كلما زاد أحدهما نقص

الآخر . فكلما نجحنا في زيادة الإشباعات و اللذات لدى المريض ، أي في رفع صحته النفسية فإننا بالتالي نقلل من اضطرابه .

و قد تبين بواسطة عدة تمارين نفسية بسيطة ، أنه يمكن الرفع من لذة الحياة و إنقاص الإضطراب .هذا المبدأ هو المبدأ الذي طوره علم النفس الإيجابي .

هل تقول أفكارنا و انفعالاتنا الحقيقة ؟

في الحياة النفسية البشرية ، " الحقيقة " هي غالبا إحساس و ليست واقعا . إنطباع الحقيقة هو غالبا مرتبط بمحتويات نفسية تمر بأذهاننا كأفكار و انفعالات . في العادة ، الإنفعالات و الأفكار الآلية التي تمر بنا تفرض نفسها على أنها حقيقية و صحيحة ، على أنها واقع علينا أن نخضع له و أنه غير قابل للنقاش .

إذا أحسست بالغضب ، فإن ذلك حتما بسبب أن الوضعية (أو الشخص) التي أقابلها موترة للأعصاب و تستحق استجابة الغضب . و لكن ، يمكن أن أحس بالغضب بسبب أشياء أخرى . على سبيل المثال ، قد يستفزني أحد زملاء العمل ثم أدخل إلى المنزل و أصرخ في وجه ولدي لأن انفعال الغضب يجعلني أصدق بأن الغضب مبرر في هذه اللحظة . و بنفس الطريقة ، إذا كانت لدي فكرة أنني شخص سيئ فإنه سيكون لدي إنطباع أنني سيئ حقا ، و أيضا ، إذا كنت حزينا ، فإنه سيكون لدي انطباع أن ذلك سببه هو كوني شخصا حزينا و لدي أسباب لأكون شخصا حزينا .....

و لكن هل هذا الإنطباع بالحقيقة صادق ؟ إذا انتبهنا ، سنجد أنه غالبا يكون غير صادق و خاصة حين يكون الشخص يعاني من صعوبات نفسية . الأشخاص المكتئبون ليسو " عديمي الكفاءة " أو " سيئين " ، و الأشخاص المصابون بالقلق لا يعيشون في عالم " خطير جدا " ، و لكن أفكارهم و انفعالاتهم تقنعهم بعكس ذلك دائما .

معظم مقاربات الموجة الثالثة تهتم بظاهرة إعطاء صفة الحقيقة للإنفعالات و الأفكار . و في هذا السياق ، نستطيع القول أنها تهدف إلى إحداث تغيير في تعاملنا مع هذه الأفكار و الإنفعالات بدلا من تغيير هذين الأخيرين .

العلاجات المعرفية السلوكية تشكلت خلال الـ 60 عاما الماضية و ذلك بدمج و تركيب مقاربات علاجية متنوعة . سواء كانت من الموجة الأولى ، الثانية ، أو الثاثة ، فإنها كلها تشترك في كون فعاليتها العلاجية مثبتة علميا و انها كلها مرتكزة على أسس نظرية متناسقة و علمية .

بالتالي نستطيع القول بأن العلاجات السلوكية المعرفية هي عبارة عن مقاربات علاجية مدمجة ، أي أنها تدمج علاجات متنوعة في إطار نموذج نظري مشترك يجمع نظريات التعلم والنظريات المعرفية و النظريات الإنفعالية ، و كل هذا يخضع للتمحيص العلمي .

باختصار ، ماهي العلاجات السلوكية المعرفية ؟

العلاجات السلوكية ، المعرفية و الإنفعالية هي عبارة عن مجموعة من المقاربات العلاجية المختلفة ، المتكاملة و المثبتة علميا ، مدمجة في شكل موحد و متناسق ، تهدف إلى إحداث تغيير في السلوكات ، الأفكار و الإنفعالات التي تشكل صعوبات للمريض ، و ذلك باستعمال تقنيات معرفية سلوكية إنفعالية ، بهدف تحرير المريض من المشاكل النفسية التي تعرقل سعادته .

3- ماهي الإختلافات و التشابهات بين العلاجات السلوكية المعرفية و العلاجات النفسية الأخرى ؟

من أجل فهم تيار علاجي ، لا يجب فقط معرفة ما يختص به (النظريات ، النماذج ، التطبيقات) ، و لكن أيضا تحديد ما يفرقه عن التيارات العلاجية الأخرى . و هذا مهم في البحث العلمي ، في التطبيق العملي و كذلك للمرضى الذين يريدون الخضوع لعلاج نفسي .

في إطار البحث العلمي ، من المهم جدا أن يكون التيار العلاجي صلبا من الناحية النظرية أي أن يمتلك مفاهيم دقيقة و عملية و قابلة للإختبار . المفهوم الذي لا يكون دقيقا في إطار نظري يكون غير واضح ولا تنطبق عليه الصلاحية العلمية ، و بالتالي لا يمكن الوصول إلى فهم حقيقي لهذا التيار و بالتالي لا يمكن التحقق من نتائجه علميا .

التعريف الدقيق للمفاهيم مهم جدا في العلم

إذا قمت بإجراء بحث على " الإكتئاب " ، على سبيل المثال ، لكي أحدد هل هناك فرق بين الرجال و النساء في نسبة الإصابة " بالإكتئاب "

(أي أنني أحاول تحديد أن " الإكتئاب " يصيب X% من الرجال و X% من النساء)

و لكنني لم أحدد بشكل دقيق مفهوم " الإكتئاب " فهذا سيعرضني لعدة مشاكل.

أولا ، على أي أساس أو معيار سأحدد إن كان الشخص معني بـ" الإكتئاب " ؟ حسب درجة الحزن التي يظهرها ؟ أو مجرد أن يقول " أنا أعاني من الإكتئاب " ؟ ، أو لأن الباحث بالإعتماد على حدسه الشخصي ، قد صنف الأشخاص إلى مكتئب / غير مكتئب ؟ أو بالإعتماد على مجموعة من المعايير (الحزن ، الأفكار السوداء ، التعب ، ...إلخ) ؟ و أيضا ، إذا لم يكن مفهوم " الإكتئاب " محددا بشكل دقيق ، كيف يمكن للقراء أن يفهموا نتائج بحثي ؟ ، و أخيرا ، إذا كان المفهوم المركزي غير محدد بدقة فكيف يمكن التحقق من صحة نتائج الدراسة ؟

من الواجب إذن وضع تعريف دقيق للمفاهيم و إلا لن نعرف عن ماذا نتحدث . و يدخل أيضا ضمن تدقيق المفاهيم ، تحديد الإطار النظري الذي تنتمي إليه ، لأن تعريف مفهوم معين مرتبط بمفاهيم أخرى تنتمي لنفس الإطار النظري (يمكن أن أقول أنه في حالة " الإكتئاب " تكون " اضطرابات النوم " موجودة ، و لكن ماهي " اضطرابات النوم " ؟) . في إطار البحث العلمي ، من الضروري أن نكون واضحين جدا فيما يخص التيار العلاجي الذي نستعمله .

يجب علينا إذا معرفة مختلف الأطر النظرية الممكنة في مجال بحثنا .

بالنسبة للمعالج الممارس (التطبيق العملي) ، من المهم جدا أن يكون المعالج مكونا بشكل جيد في تيار علاجي واحد على الأقل و يكون متحكما في نظرياته ، مفاهيمه ، و بالطبع تقنياته ، و أيضا من المهم جدا أن يكون مطلعا على التيارات العلاجية الأخرى . و ذلك لأنه لا يوجد أي تيار علاجي يمكنه أن يدعي الصلاحية المطلقة و أنه يمتلك الفهم الكلي للظواهر النفسومرضية ، إذن يجب على المعالج أن يبقى متواضعا و متفتحا لأنه هناك حتما أشياء يمكن الإستفادة منها لدى جميع تيارات العلاج النفسي ذات المصداقية العلمية . و أيضا ، لأنه من المهم في التطبيق أن يكون قادرا إما على الإنتقال من مقاربة إلى أخرى مع نفس المريض (أي يختار له ما يناسبه) و إما على توجيه المريض إلى أحد الزملاء الذين يتبنون مقاربة أكثر ملائمة للمريض .

بالنسبة للمرضى ، إنه من المهم (معرفة العلاج الذي يتبعونه) و الصعب في نفس الوقت (الوضع في فرنسا معقد) و ذلك لأن : أولا ، العلاج القادم حديثا إلى عالم العلاجات النفسية نادرا ما يتم وضعه ضمن الإقتراحات العلاجية ، و ثانيا ، كل العلاجات تبدوا على أنها الأنسب و الأكثر فعالية

في علاج مشاكل المريض .

أخذ الوقت للإستعلام هو أمر مفيد للغاية ، و لكنه غير متاح للجميع ، خاصة في حالة معاناة المريض من صعوبات نفسية شديدة تجعل القيام بهذا الأمر صعبا .

الخضوع لعلاج نفسي : الخجل ، التخوف و .....التحسن

إتخاذ قرار بالخضوع لعلاج نفسي ليس قرارا سهلا في المرة الأولى . " أريد زيارة مختص نفسي " ليس من السهل تقبل هذا في البداية . هذا يتطلب أن يكون المريض واعيا بأنه يعاني من صعوبات و أن هذه الصعوبات ذات طبيعة نفسية .

بمعنى آخر ، إدراك وجود نوع من الهشاشة النفسية ، و هذا قد يكون صعب التقبل من طرف المريض . إضافة إلى ذلك ، عليه غالبا أن يخبر أفراد محيطه بهذا القرار و هذا ليس بالأمر السهل في البداية ، بعض المرضى يخفون حقيقة أنهم يخضعون لعلاج نفسي عن محيطهم و هذا ما يجعلهم غير مرتاحين .

من جهة أخرى ، حتى عندما نكون في حالة معاناة فإن إحداث التغيير ليس شيئا بسيطا : التغيير ، نعم ، ولكن ماذا نغير؟ و ماذا سنجني من وراء هذا التغيير ؟ . و أيضا ، العلاج النفسي يستغرق وقتا و يتطلب تنظيما و قد يكون سعره أحيانا غاليا .

هذا يعني ، أن العلاج يجب أن يستحق التكلفة التي ستدفع فيه، لأن العلاج النفسي المطبق بشكل جيد يكون غالبا فعالا و يؤدي إلى تحسن حالة المريض بشكل دائم .

و لهاذا ، يجب إيجاد العلاج و المعالج المناسب لتطبيقه ....

كل هذه العوامل العلمية ، المهنية و التطبيقية تؤكد أنه من الضروري لتعريف العلاجات المعرفية السلوكية ، توضيح موقعها بالنسبة لباقي المقاربات العلاجية الأخرى .

ماهي التيارات العلاجية الأساسية الأخرى (غير السلوكية المعرفية) ؟

التحليل النفسي : يهدف إلى جعل الصراعات الشعورية تصعد إلى حيز الشعور و ذلك بالإعتماد على علاقات التحويل أو (النقلة) ، في العلاج التحليلي التقليدي يكون المريض مستلقيا على سرير أو أريكة و يقوم بالتداعي الحر ، و هو قول كل ما يخطر على الذهن ، في حين يستعمل المعالج الإنتباه اليقظ ليحدد الصراعات اللاشعورية للمريض ثم يعيد إخبار المريض بما فهمه بواسطة التأويل . المقاربة التحليلية تستخدم عدة تقنيات أخرى (المقابلة وجها لوجه ، العلاج الجماعي ، السيكودراما) .

من أشهر روادها : سيغموند فرويد ، جان لاكان ، دانيال لاقاش ، دونالد وينيكوت ، ميلاني كلاين ......

المقاربة النسقية : تهدف إلى تغيير إشتغال النسق العائلي ، عبر مقابلات تجتمع فيها العائلة .

المعالجون (معالج واحد يجري المقابلة مع العائلة و في نفس الوقت يقوم معالجون آخرون بملاحظة التفاعلات من وراء زجاج ذو إتجاه رؤية واحد) يقومون بوضع فرضيات حول بنية العائلة ، ثم يقترحون تدخلات (سلوكية ، علائقية ، معرفية ، ....) و ذلك بهدف نقل الأسرة إلى وضع متوازن و أكثر راحة .

من أشهر روادها : غريغوري باتسون ، بير فالتزافيك ، بالازولي ......

المقاربات الإنسانية: هدفها هو أن يستعيد العميل قدرته على الإنجاز و تكامله الذاتي الذي أفسده الإضطراب النفسي ، و ذلك بواسطة علاقة علاجية إيجابية يكون فيها المعالج متفهما ومتفاعلا .

المعالج يستمع للعميل و يتدخل عبر إعادة صياغة ماقاله لتعزيز التعبير لدى العميل و ذلك بطريقة غير موجهة

من أشهر روادها : ابرهام ماسلو ، كارل روجرز .....

العلاج بالتنويم : الهدف هو تغيير الإستجابات الآلية التي تعيق المريض ، و ذلك بخلق حالة وعي معدلة (حالة تنويم) و التي خلالها يقوم المعالج بإلقاء إقتراحات مباشرة و غير مباشرة لتغيير استجابات المريض .

من أشهر الرواد : اريكسون

1-3 العلاجات السلوكية المعرفية ، الخصائص و المقارنات

العلاجات السلوكية المعرفية هي جزء من ما نسميه **العلاجات المركزة على المشكل** (مثل العلاج بالتنويم ، المقاربات النسقية العائلية ، .....) . و هذا يعني أن العلاج يبدأ بالتحديد الدقيق لما يسبب مشكلة للمريض ، ثم يتبع ذلك تطبيق استراتيجية لتعديل هذه المشاكل إلى أقصى حد ممكن و يختم العلاج عندما تحل مشاكل المريض . نعني بمصطلح " المشكل " الظواهر النفسية التي تسبب صعوبات أو مشاكل للمريض (أو أحيانا لمحيطه) مثل الأعراض الإكلينيكية ، صعوبات التكيف الإنفعالي ، مشاكل علائقية ، مشاكل جنسية ، مشاكل سلوكية و غيرها .

على النقيض من ذلك ، توجد **العلاجات المركزة على الشخص** ، مثل التحليل النفسي و المقاربات الإنسانية الروجرزية . و تسمى بهذا الإسم لأنها مقاربات كلية و شاملة و هدفها إما مساعدة الشخص على الوعي بصراعاته اللاشعورية ، إنطلاقا من المسلمة القائلة بأن هذا الوعي بالصراعات هو المحرك للتغيير (و هذا في التحليل النفسي) ، و إما مساعدة الشخص على استعادة قدرته على الإنجاز التي عرقلها الإضطراب النفسي (و هذا في المقاربات الإنسانية) . هذه المقاربات هي مقاربات " غير موجهة " ، و معنى ذلك أن المريض هو من يقرر بنفسه محتوى الحصة العلاجية (بواسطة التداعي الحر في التحليل النفسي و بواسطة المقابلة الغير موجهة في المقاربات الإنسانية)

بالإضافة إلى ذلك ، في مبدأ " التمركز على الشخص " ، يعتبر " المشكل " عرضا لإختلال عام و يجب فهم هذا الإختلال العام للوصول إلى حل للمشكل . و إذا تمكننا من إصلاح الإختلال العام فسيختفي المشكل بطريقة تلقائية . يقول فرويد " يأتي الشفاء من الإستبصار " ، و هذا يعني أنه إذا قام المريض بحل صراعاته اللاشعورية فستختفي أعراضه (ليس من الضروري التركيز على الأعراض) .

في حين أنه ، في العلاجات السلوكية المعرفية ، " الشفاء " هو الهدف الأول ، حيث يكون حل المشكل و تخفيض الأعراض هو هدف الإستراتيجية العلاجية السلوكية المعرفية . و لكن بالتزامن مع حل المشكل ، تهدف المقاربة العلاجية السلوكية المعرفية إلى جعل المريض حرا ، و ذلك ليتمكن بهدوء من إيجاد مسار تطوره الشخصي في الإتجاهات التي يريدها .

بالتركيز على المشكل ، تستجيب العلاجات السلوكية المعرفية للطلب الذي يقدمه أغلب المرضى و تساعدهم على تحقيق إنجازات لاحقة (ما يحققونه بعد أن تحل مشاكلهم) . اقتباسا عن فرويد ، يمكن القول بأن العلاجات السلوكية المعرفية و العلاجات النفسية التي تركز على المشكل تتميز بأن " تطور الشخص يأتي بعد العلاج " ، و بشكل طبيعي ، بعد حل مشاكله .

ما معنى التركيز على المشكل ؟ هل يعني ذلك نسيان أو إهمال الشخص ؟

حين يقوم شخص مصاب باضطراب الوسواس القهري بزيارة المعالج النفسي ، فإن هذا الأخير ، اتباعا لطلب المريض ، سيقوم بتركيز انتباهه و عمله على تخفيض أعراض الوسواس القهري . و لكن هل سيقوم بإهمال الشخص ، إهمال آماله و مخاوفه و تاريخه ؟ لا ، لأن كل هذا سيتم التطرق إليه مع المريض قبل بداية التعامل مع المشكل و ذلك بغرض فهم المشكل بشكل أفضل .

بالإضافة إلى ذلك ، يقوم المعالج السلوكي المعرفي ببناء علاقة تعاون مع المريض ليعملا معا ضد مشاكله ، إذا فالمعالج و المريض يكونان مقربين جدا أثناء العلاج و يتم دائما استشارة المريض و الإهتمام بوجهة نظره . أخيرا ، فإن المعالج بالتركيز على المشكل فإنه يقوم بتلبية رغبة المريض ، حيث أن المريض هو الذي طلب معالجة المشكل (حيث أنه لو لم يطلب ذلك ، فإنه يمنع على المعالج أن يباشر أي علاج و ذلك لأسباب أخلاقية و تفاديا لفشل العلاج) .

من خلال هذا نلاحظ ، أن الشخص لا يترك جانبا في العلاجات السلوكية المعرفية ، و المعالج لا يتخلى أبدا عن النظرة الشاملة و الكلية لوضعية المريض ، حتى مع تركيزه على المشكل .

تصغير النظرة و ذلك بالتركيز على المشكل و وضع المشكل كهدف للتدخل ، مع عدم اهمال النظرة الشاملة لوضعية المريض ، هي من شروط حل المشكل في المقاربة السلوكية المعرفية .

تشكل العلاجات السلوكية المعرفية أيضا جزءا من **العلاجات المختصرة** بمعنى أن مدة العلاج أقصر مقارنة بمدة العلاج التحليلي التقليدي على سبيل المثال . يمكن أن يدوم العلاج السلوكي المعرفي من بضعة أسابيع إلى سنة ، و ذلك حسب طبيعة المشاكل المطروحة للعلاج ، و ذلك بمعدل حصة أسبوعيا أو حصة كل 15 يوما ، في حين أن العلاج التحليلي التقليدي يستمر على الأقل 3 سنوات و بمعدل عدة حصص أسبوعيا .

توجد علاجات مختصرة أخرى ، كالعلاج بالتنويم (أحيانا يدوم هذا العلاج حصة واحدة فقط) أو العلاج النسقي (الذي يمكن أن يدوم سنة بمعدل حصة كل شهر) . على الرغم من ذلك ، يجب إبراز بعض الحالات الخاصة ، لأن العلاج السلوكي المعرفي يمكن أن يدوم مدة أطول (عدة سنوات) و ذلك خلال المتابعة المقدمة للمرضى الذين يعانون من اضطرابات مزمنة (مثلا : الفصام ، الإضطراب ثنائي القطب ، الإكتئاب المزمن ...) و / أو اضطرابات الشخصية التي من الصعب أن تتحسن بسرعة .

من جهة أخرى ، بعض المرضى و لأسباب مختلفة قد تظهر أثناء العلاج (منها : مشاكل الدافعية ، صعوبات مرتبطة بالشخصية ، و أيضا أحداث الحياة كالحداد ، الأمراض ، الحوادث ، الإنفصالات ....) لا يستطيعون متابعة إيقاع و متطلبات العلاج السلوكي المعرفي ، و هذا ما قد يمدد مدة العلاج . في هذه الحالة تتكيف سيرورة العلاج السلوكي المعرفي مع الحالة و يمكن للمعالج أن يتخلى مؤقتا عن تقنيات العلاج المعرفي السلوكي و استبدالها بـ : مثلا ، مقابلات تحفيزية ، مقاربات الدعم ، الإصغاء المتفهم و المشاركة الوجدانية .

على النقيض من ذلك ، بما أن العلاجات السلوكية المعرفية يمكن أن تكون " طويلة " ، فإنه توجد أيضا (خاصة في الولايات المتحدة) برامج علاجية تحليلية (التحليل النفسي) مختصرة (10 حصص) . إذن لا نستطيع إذا توقع مدة العلاج بالاعتماد على التيار الذي ينتمي إليه .

و لكن ، يمكننا رغم ذلك الجزم بأن العلاج السلوكي المعرفي غالبا ما يكون أقصر من العلاج التحليلي .

مسألة المدة هي مسألة مهمة ، خاصة للمريض الذي قد يتمنى تجاوز مشكلته بشكل سريع ليعيش حياة أكثر متعة ، و أيضا لأسباب إقتصادية (للمريض و / أو للتأمينات الصحية) حيث أنه كلما كان العلاج أقصر كانت تكلفته المادية أقل . و لكن ، سواء كانت طويلة أو قصيرة ، يجب أن يدوم العلاج النفسي مدة مناسبة لتقديم أفضل مساعدة للمريض بدون أن يجعل المريض يدور في روتين المتابعة اللانهائية التي قد لا يكون لها أي تأثير إلا جعل المريض مرتبط بالمتابعة و تدعيم اجتراره لمشاكله .

بالمختصر : لا التهور و تجاوز إيقاع المريض (السير مع إيقاع المريض) ، ولا نسيان أهداف التغيير (إعادة تنشيط الضغط المطلوب للتغيير عند الضرورة ، عدم الوقوع في خطأ المقابلات الاجترارية المكررة ..) ، أي لا يجب أن يكون العلاج قصيرا جدا فيتجاوز الإيقاع الذي يمكن للمريض مسايرته و لا طويلا جدا فينسى المريض أصلا أهداف و دوافع التغيير .

المدة و التكرار ، بعض النقاط المرجعية

مدة العلاج متباينة جدا و ذلك حسب نوع العلاج و حسب المشاكل التي يجب حلها (الاضطرابات) . من بضعة أسابيع إلى سنة في العلاجات السلوكية المعرفية ، من بضعة أشهر إلى سنة في المقاربات النسقية العائلية ، ثلاث سنوات بالنسبة للعلاج التحليلي التقليدي (قد تكون المدة أقل بالنسبة للعلاجات المنبثقة من التحليل النفسي أو العلاجات التحليلية المختصرة) ، من حصة إلى عشرات الحصص بالنسبة للعلاج بالتنويم ، الذي يمكن أن يدوم سنة كاملة . من بضعة أشهر إلى 3 سنوات بالنسبة للمقاربات الانسانية .

مدة الحصص متباينة أيضا و لكن ، في الغالب ، و مهما كان نوع العلاج ، فإن الحصص تدوم من 45 دقيقة إلى ساعة . و ينطبق الأمر بالنسبة للعلاجات السلوكية المعرفية . على الرغم من أن بعض التطبيقات العلاجية تقترح حصصا أقصر (30 دقيقة ، أو أقل ، مثلا في العلاج التحليلي الذي وضعه جان لاكان) .

في العلاجات السلوكية المعرفية ، هناك جدل حول فائدة الحصص الأقل من 30 دقيقة . على النقيض من ذلك ، يمكن أن تتجاوز مدة الحصص الساعة . على سبيل المثال في العلاجات السلوكية المعرفية ، لتطبيق تمارين طويلة (التعريض مثلا) أو في إطار العلاج الجماعي ، تدوم الحصص غالبا أكثر من ساعة و قد تصل لساعتين أحيانا .

إيقاع الحصص يختلف حسب المقاربات و الوضعيات . في العلاجات السلوكية المعرفية غالبا ما تكون حصة أسبوعيا أو حصة كل أسبوعين . في المقاربات النسقية العائلية ، غالبا ماتكون حصة أو اثنين شهريا . في العلاجات التحليلية ، تكون على الاقل حصة واحدة أسبوعيا و لكن في الغالب يتم العمل بحصتين أو ثلاث أسبوعيا أو أكثر . في العلاجات الإنسانية يكون الإيقاع هو حصة كل أسبوع .

العلاجات السلوكية المعرفية تعرف أيضا بأنها **نشيطة و تجريبية** بمعنى أنه ، من جهة المريض يطلب منه أن ينجز أشياء ملموسة و من جهة أخرى ، من خلال نشاطاته ، فإنه يختبر و يجرب

طرقا جديدة للحياة ، أي للتفكير و للشعور و للسلوك . أي أنه ينخرط في " تجارب " معرفية ، سلوكية و انفعالية ، لملاحظة تأثيراتها و تبنيها إذا ظهر أنها مناسبة له . في معظم الوقت ، هذه النشاطات و التجارب تجرى للمرة الأولى في العيادة بمساعدة المعالج ، ثم يطلب من المريض إعادة تطبيق هذه التمارين خارج الحصص العلاجية لتجريبها في الواقع اليومي و ملاحظة التغيرات التي تحدثها نتائج هذه التمارين .

هذه التمارين و النشاطات متعددة جدا : لعب الأدوار ، الإسترخاء ، التأمل ، تحقيق الذات ، التقييم الذاتي للمشكل ، تمارين التعريض ، تمارين معرفية (كتابة أفكاره و تغييرها) ....كل هذه التمارين يتم تقديمها للمريض ثم مناقشتها مع المعالج ، ثم يتم تطبيقها إذا وافق عليها المريض و شعر بأنه مستعد لها . توجيه المريض نحو فهم ثم تطبيق التمارين الأكثر فعالية بالنسبة له يعتبر جزءا من الكفاءات الإكلينيكية للمعالج .

هذه التمارين يمكن أن تجرى في قاعة المعاينة ، و أيضا في منزل المريض أو أيضا في وضعيات إجتماعية حقيقية (العمل ، العائلة ، محطة القطار ......) . هناك علاجات أخرى ترتكز أيضا على النشاطات الملموسة ، مثل المقاربات النسقية التي يمكن فيها تقديم واجبات منزلية لأفراد العائلة لتطبيقها خارج الحصة . المقاربات الإنسانية الروجرية يمكن فيها استخدام الإسترخاء ، و تسمى أيضا هذه المقاربات باسم " التجريبية " بمعنى أن المريض يجرب إيجاد نفسه أثناء العلاج .

و لكن أغلب العلاجات الأخرى ، إما لا تتضمن هذا النوع من التطبيق الملموس ، أو لا تقدم تمارين للتطبيق خارج الحصص . على سبيل المثال العلاج التحليلي التقليدي ينجز فقط بواسطة الكلام أثناء الحصص .

إذا كانت التمارين التطبيقية مهمة جدا في العلاجات السلوكية المعرفية و تساهم بشكل واضح في فعالية هذه العلاجات فإن الوجه الآخر لهذا الأمر هو أن المريض يجب أن يكون ملتزما بشكل صادق و نشيطا أثناء العلاج . بعض المرضى لا يستثمرون بشكل كبير في هذه التمارين (لأسباب مختلفة منها : الدافعية ، الوقت ، المقاومات النفسية ، نقص التحضير ......) و هذا ما قد يؤثر على فعالية العلاج .

المعالجون السلوكيون المعرفيون قد يتصرفون بغرابة في بعض الأحيان ......

نعم ، هذا صحيح ، قد نراهم أحيانا في مكاتبهم و هم يدورون حول أنفسهم ، أو يقومون بإنحناءات و أيضا بالتنفس عبر أنبوب صغير (أنبوب صغير يستخدم لشرب العصير) . كل هذا يتم مع المرضى الذين يعانون من نوبات الهلع و ذلك لتعريضهم لإحساساتهم . في مرات أخرى ، نفس هؤلاء المعالجين قد ينخرطون في لعب الأدوار ، و ذلك بلعب دور الزميل السيء ، المرأة العنيفة أو الأب المتسلط و ذلك لمساعدة المرضى الذين يعانون من القلق الإجتماعي على تطوير تأكيدهم لذواتهم . رأينا أيضا هؤلاء المعالجين ، في الطريق ، يرافقون مرضاهم الذين يعانون من الفوبيا الإجتماعية و ذلك بتشجيعهم على السؤال عن الوقت (كم الساعة ؟) 20 مرة متتالية من المارة (التعريض) أو إعادة اجتياز جسر عدة مرات مع المرضى الذين يعانون من فوبيا الجسور .

هناك أيضا ، و هذا من مصدر موثوق ، من يغني " عيد ميلاد سعيد " في محطة القطار ، مع مجموعة من المرضى الذين يعانون من الفوبيا الإجتماعية و ذلك ليجربوا التعرض للمجتمع و أنه لا وجود لأي عواقب مخيفة تنجر عن ذلك (بالعكس، يكون المارة في محطة القطار غالبا مسرورين بهذا العرض الإجتماعو- موسيقي) . هؤلاء المعالجون يمكن أيضا أن يقوموا بلمس قاعدة أحذيتهم بشكل متكرر ، بدون غسل أيديهم بعد ذلك ، لجعل المريض الذي يعاني من وسواس العدوى يختبر غياب النتائج " الخطيرة جدا " التي كان يتوقعها لهذا السلوك .....

إذن نعم ، أن يكون نشيطا ، ملتزما ، و تجريبيا ، هذا يقود المعالج إلى التصرف بغرابة في نظر الملاحظ الذي لا يعلم بأنه في إطار علاج ، و لكن يبقى دائما في إطار التمارين العلاجية المتفق عليها ، المثبتة و الفعالة .

العلاجات السلوكية المعرفية تعرف بأنها **علاجات علمية** بمعنى أنها تبني نظرياتها و فعالية تطبيقاتها على الأبحاث العلمية التي تثبت صحتها . السيرورة التي أنتجت العلاجات السلوكية المعرفية مرتكزة قبل كل شيء على الدراسات العلمية بحيث تعتبر هذه العلاجات تطبيقا لنتائج الدراسات . هذا المنهج مازال مستمرا حتى يومنا هذا ، و هناك عدة دراسات تجرى حاليا إما لإختبار إحدى التقنيات أو النظريات المرتبطة بالعلاجات المعرفية السلوكية ، لتحسين تقييم التغيرات النفسية أو لدراسة فعالية الطرق العلاجية الجديدة التي تدمج بشكل تدريجي في العلاجات السلوكية المعرفية (مثلا : مقاربات الموجة الثالثة) .

و من هذا ، فإن العلاجات السلوكية المعرفية تندرج ضمن تيارات (التطبيقات العلاجية النفسية المرتكزة على الأدلة) أو (التكفل العلاجي النفسي المثبت تجريبيا) . ماذا يعني هذا مقارنة بالمقاربات الأخرى ؟

العلاجات السلوكية المعرفية هي الأكثر خضوعا للدراسات العلمية و هي حاليا الأكثر امتلاكا للأدلة العلمية التي تثبت فعاليتها . هذا يعني أن هذه العلاجات أثبتت فعاليتها في علاج العديد من الإضطرابات النفسية . لكن لا يمكننا أن نجزم بدون تحفظ بأن العلاجات السلوكية المعرفية هي دائما أكثر فعالية من العلاجات النفسية الأخرى لأن هذه الأخيرة تخضع بشكل أقل للتقييم حيث أن غياب التقييم بواسطة الدراسات العلمية و غياب الأدلة على الفعالية لا يعني غياب الفعالية ، و لكن يعني ببساطة أننا لا نعرف أو لا نعرف بشكل كافي ما إذا كانت فعالة . و لكن على الرغم من ذلك نستطيع الجزم بأن العلاجات النفسية الأخرى أقل خضوعا للدراسة و تمتلك عددا أقل من الأدلة العلمية على فعاليتها من العلاجات السلوكية المعرفية (أنظر إلى الجزء التالي حول فعالية العلاجات السلوكية المعرفية) .

العلاجات السلوكية المعرفية ، علمية في أسسها و علمية في تطبيقاتها الملموسة

رأينا أن النظريات و التقنيات السلوكية المعرفية قد خضعت للدراسة العلمية بغرض إثبات صلاحيتها . هذا التوجه العلمي للعلاجات السلوكية المعرفية نجده أيضا في التطبيقات العلاجية الملموسة . في الواقع ، السيرورة العلاجية السلوكية المعرفية تطبق مبدأ الطريقة العلمية لتقييم التغيير (تقييم التقدم في العلاج بطريقة علمية) و ذلك بـ : **تحديد الحالة الأولية** عبر التقييم الموضوعي للمشكل ، صياغة **فرضية** حول ما سبب الإضطراب أو ما يدعم استمراره (الوضعيات ، السلوكات ، الأفكار ، العلاقات ، .....الخ) ، وضع **منهج** (أو استراتيجية علاجية) **لإختبار الفرضية** (لمعالجة ما يسبب أو يدعم استمرار المشكل) ، **إنجاز التجربة** و ذلك بواسطة تطبيق المنهج المختار ، ثم ملاحظة **النتائج** عن طريق **قياس الحالة النهائية لملاحظة تطور المشكل (مقارنة مع الحالة الأولية)** ، و في النهاية ، **الحكم** على صحة الفرضية (و فعالية الإستراتيجية العلاجية المختارة) .

بالتأكيد ، في التطبيق العلاجي هذا البناء العلمي المنطقي يأخذ أيضا بعين الإعتبار عناصر أخرى ، هذه الأخيرة قد تفرض في بعض الأحيان تغيير هذا البناء (شخصية المريض ، وجهة نظره ، تطوره الشخصي ، المشاكل المرتبطة و أحداث الحياة التي تتعارض مع السيرورة العلمية) ، لا يكون العلاج علميا إذا تحيز لجوانب معينة .

يمكننا تعريف العلاجات السلوكية المعرفية على أنها علاجات علمية، مختصرة ، مرتكزة حول المشكل ، نشيطة و تجريبية . هذه الخصائص مجتمعة هي ما تجعل هذه العلاجات مميزة ، أصلية و فعالة .

4- العلاجات السلوكية المعرفية ، هل هي فعالة ؟

مسألة فعالية العلاجات النفسية لها العديد من الأوجه التي تعطيها مضمونا مثيرا للجدل بشدة . طرح التساؤل حول فعالية العلاجات النفسية و إيجاد إجابة علمية ، يكون بالرجوع لمبادئ العلاجات النفسية المؤسسة على الأدلة ، التي تتبع نفس منطق الطب المؤسس على الأدلة (الطب المؤسس على الأدلة : لا تستعمل فيه الأدوية و الوسائل العلاجية إلا إذا كانت مجربة و فعالة) . هناك في الواقع سؤالان متتالين سوف نقترح لهما إجابات : 1) هل العلاجات النفسية فعالة ؟ 2) هل هناك علاجات أكثر فعالية من الأخرى ، و إذا كانت الإجابة نعم ، ماهي ؟

إذا كان السؤال الأول سيتفق فيه أغلبية المعالجين النفسانيين (الذي يريدون أن تكون الإجابة "نعم ") فإن السؤال الثاني سيضعهم في منافسة و يقسمهم (لأن كل واحد منهم يريد أن تكون المقاربة التي يطبقها هي الأكثر فعالية) .

بالنسبة للمرضى الإجابة على هذين السؤالين تعتبر مهمة : في الواقع ، إذا اختار شخص الخضوع لعلاج نفسي ، سيكلفه الوقت و المال و الجهد النفسي ، فإنه يجب أن يكون ضامنا بأن هذا سيساعده على التحسن . و كذلك بالنسبة لاختيار نوع العلاج الذي سيخضع له ، حيث أن معرفة ماهو العلاج الأكثر فعالية تعتبر معلومة مهمة جدا بالنسبة للمريض . بالنسبة للممارسين ، من المهم أيضا معرفة ماهي المقاربة المناسبة أكثر للمريض ، ثم التكوين فيها لاستعمالها . بالنسبة للسلطات العمومية ، المسألة مهمة أيضا لأن من مسؤوليتهم دعم استعمال المقاربات الأكثر فائدة و تهميش المقاربات التي لا فائدة منها أو التي يمكن أن تكون لها تأثيرات سيئة .

1-4 ما معنى " علاج فعال " ؟

الفعالية ، معناها القدرة على إحداث التأثيرات المرغوبة . فعالية علاج مرتبطة إذن بالأهداف العامة للعلاجات النفسية ، حيث يعتبر العلاج " فعالا" إذا كان يبلغ هذه الأهداف . في العلاج النفسي ، الهدف هو معالجة المريض (العلاج) ، باستخدام وسائل نفسية (النفسي) . إذن الهدف هو علاج المريض . يتمثل الأمر إذن في إحداث تغيير نفسي و ذلك بتحسين الصحة النفسية للمفحوص . بطريقة مبسطة ، يمكن القول بأن العلاج النفسي الفعال يسمح بتحسين الوضعية النفسية المتأزمة التي قادت المريض إلى زيارة المعالج النفسي .

بشكل ملموس ، وحسب التيارات العلاجية النفسية ، يظهر هذا عبر : تحسين أو تعديل المشكل الذي أتى بالمريض إلى المعاينة (الأعراض ، إضطراب نفسي ، حالة من الإنزعاج الغير محدد بدقة ، ...إلخ ، هذا فيما يخص العلاجات المركزة على المشكل) ، أو من وجهة نظر أخرى ، تعزيز الرضا العام للشخص (بالنسبة للعلاجات المرتكزة على الشخص) . هذا يعني ، علاج المشكل الملموس يؤدي إلى تعزيز الرضا العام ، و الرضا العام يكون مرتبطا غالبا بحل مشاكل الشخص ..

الحكم على الفعالية ، لا يكون استنادا إلى معايير عشوائية

معايير الفعالية (حسب المنظمة العالمية للصحة) [1] **:**

- **أن يكون ذو فائدة :** تحسين الأعراض ، إنقاص حدة المشكال ، تحسين جودة الحياة .
- **أن يكون آمنا :** لا يضع أيا من المريض و المعالج في خطر .
- **أن لا يمتلك تأثيرات جانبية خطيرة**
- **أن يحترم المبادئ الأخلاقية** (احترام كرامة الشخص .....) .
- **أن يكون اقتصاديا :** التكلفة الزمنية و المادية تكون مقبولة .
- **أن يكون قابل للتطبيق في العديد من الوضعيات الإجتماعية** (و ليس فقط في أطر جد مضبوطة و غير قابلة للتعديل) .
- **خطر سوء الإستعمال صغير و محدود**

---

1. Sartorius N., De Girolamo G., Andrews G., German A., Eisenberg L. (eds) (1993). Treatment of mental disorders. A review of effectiveness, *WHO*, American Psychiatric Press, Washington.

2-4 كيف نقيس فعالية العلاج النفسي ؟

ليس بهذه البساطة .....هناك على الأقل مشكلتان أساسيتان يجب أخذهما بعين الإعتبار :

1- كيف نقيم الحياة النفسية بشكل ذاتي للغاية ؟

2- كيف نكون متأكدين أنه ، إذا حققنا تقدما أثناء العلاج أن هذا التقدم هو نتيجة لتأثير العلاج ؟

في الغالب ، و بتبسيط شديد ، ما يقود الأشخاص إلى زيارة المعالج النفسي هي المعاناة النفسية ، كالحزن (الإكتئاب) أو الخوف (اضطرابات الحصر) . في هذه الحالات ، و لتقييم فعالية التدخل العلاجي ، يجب تقييم المعاناة النفسية في بداية العلاج ، ثم في نهايته ، ثم ملاحظة إن كانت المعاناة قد نقصت من خلال مقارنة القياسين . لكن كيف نقيم بشكل موضوعي إحساس المعاناة النفسية الذي هو في أصله ذاتي ؟ كيف نمر من إحساس شخصي إلى قياس موضوعي نستطيع استعماله للمقارنة؟ الحل توضح للباحثين و العياديين في العقود الأخيرة ، يجب استعمال أدوات للتقييم النفسي مقننة علميا ، و التي تسمح للمريض (و أحيانا للعيادي) بوضع ما يحس به على سلم غالبا ما يكون رقميا .

مثال البندين الأولين لاستبيان (سلم القلق و الإكتئاب السريري) [1]

أ- أحس بأنني مشدود و متوتر :

3- معظم الوقت

2- غالبا

1- من حين لآخر

0- أبدا

ب – أنا أستمتع بنفس الأشياء كما كان الأمر من قبل :

0- نعم ، بنفس القدر

1- ليس بنفس القدر

2- قليلا فقط

3- تقريبا لا

...... 14 بندا

---

1. Zigmond A.S. Snaith R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67 (6), 361-370

يوجد الآن الآلاف من السلالم (في شكل استبيانات غالبا) مقننة علميا ، تسمح بقياس عدة جوانب من المعاش النفسي الذاتي ، و تحويله إلى معطيات رقمية يمكن بعد ذلك التعامل معها بواسطة الحسابات الإحصائية ، و هذا ما يعتبر مهما جدا في البحث . بفضل هذه الأدوات ، نستطيع مثلا تكميم شدة السيرورة الإكتئابية (الإكتئاب) (على سلم القلق و الإكتئاب السريري ، و ذلك بوضع نقاط للبنود التي تقيس جوانب مختلفة من السيرورة الإكتئابية ، حيث تتراوح الشدة على هذا السلم ما بين 0 إلى 21) ، مقارنة الشخص مع نفسه (إذا تحصل على 17 في بداية العلاج و على 6 في نهاية العلاج ، أي أنه من المحتمل جدا أن يكون قد تحسن) ، و أيضا مقارنة الشخص بأشخاص آخرين (في السلم السابق ، نعلم أنه بشكل عام ، الأشخاص الغير مصابين بالإكتئاب يحصلون في المقياس الفرعي للإكتئاب (يسمى فرعي لأن المقياس يقيس الإكتئاب و القلق) على نقاط أقل من 8 إذن إذا تحصل شخص على مثلا على 5 فهو غير مكتئب) .

تستخدم هذه الوسائل أيضا في دراسة الفعالية العلاجية (حيث يتم القياس قبل ، أثناء ، و في نهاية العلاج و حتى قبل نهايته) ، و هذا بطريقة منتظمة في العلاج السلوكي المعرفي .

رقم عوضا عن المعاش النفسي ؟ هذا يعتبر اختزالا !!

نعم ! هذا اختزال . و لكن قياس الحرارة بواسطة محرار يعتبر اختزالا أيضا ، لأن هذا ليس معبرا بشكل كلي عن إحساس البرد أو الحرارة ، قياس الظغط الدموي هو أيضا اختزال ، لأن هذا القياس لا يعبر بشكل كلي عن كل السيرورات المرتبطة بهذه الظاهرة و اختلافها ، القول بأن قطعة أرض مساحتها 500 متر مربع يعتبر اختزالا لأنه لا يقول شيئا عن ما فوق و ما تحت هذه القطعة !

بما أننا نقيس شيئا سواء كان واقعيا (أو نفسيا) لا بد من وجود الاختزال أو التقليص . بل هو أمر لا بد منه للسيرورة العلمية ، لأننا لا نستطيع وصف الواقع بشكل كلي بكل تفاصيله ، لذلك وجب علينا تقليصه لكي نفهمه بشكل أفضل و نتعامل معه عند الضرورة .

إذن درجة 17 في سلم الإكتئاب السريري تخبرنا بأن الشخص الذي قام بالإجابة ، إذا قام بذلك بشكل صادق ، يعيش معاناة إكتئابية شديدة ، و لكن من المؤكد أن الشخص غير مختزل في هذا الرقم . بشكل مبسط ، هذا الرقم هو مؤشر مفيد ، و غالبا ما يكون صادقا ، عن جزء من المعاش النفسي للشخص .

من جهة أخرى ، في المنهج العيادي ، يجب دائما التأويل الكيفي للنتائج الرقمية ، أي أن الأرقام لا تفصل عن معناها الكيفي العيادي . الأرقام لا تكفي في حد ذاتها ، إنها فقط طريقة أو أداة للتعبير عن المعلومة العيادية .

كيف نكون متأكدين ، حين نرى تقدما أثناء العلاج ، بأن هذا التقدم هو نتيجة لتأثير العلاج ؟

يتضح الأن أننا نستطيع تقييم معظم أبعاد المعاش النفسي قبل و بعد العلاج و بالتالي تحديد وجود تقدم (إذا حدث) و لكن كيف نضمن أن هذا التقدم ناتج عن تأثير العلاج ؟ . في الواقع ، الصعوبات النفسية يمكنها أن تتحسن لعدة أسباب أخرى عدا العلاج النفسي حتى أثناء العلاج النفسي (التحسن التلقائي للإضطراب ، الأحداث الخارجية ، الدعم الإجتماعي ، تغيرات إيجابية في العمل، تغير الفصل ، تلقي علاج من نوع آخر ، ....إلخ) مثلا ، نلاحظ أن المرضى الذين يكونون مسجلين في قائمة الإنتظار لتلقي العلاج يتحسنون أحيانا بطريقة تلقائية ، بدون أي تدخل علاجي !

كيف نتجاوز تأثير الفصول لنحصل على علاج فعال ؟

تتأثر الإظطرابات الإكتئابية بالفصول . الدخول في الشتاء أو الشتاء في حد ذاته يثير أحيانا المعاش الإكتئابي ، في حين أن الصيف و الخريف يميلان إلى التقليل منه . العلاج الذي يبدأ في الشتاء و ينتهي في نهاية الربيع لديه احتمال أن يدخل ضمن خانة " العلاج الفعال " اكثر من العلاج الذي يبدأ في الصيف و ينتهي في منتصف الشتاء .

و لكن ،في الحالة الأولى إذا حدث تقدم فإن العلاج ليس هو سببه بالضرورة و التحسن الإيجابي للمرضى لا يمكن اعتباره إذن دليلا على فعالية العلاج .

لهذه الأسباب ، فإن القول بأن علاجا ما يعتبر فعالا ، يعني القول بأنه أكثر فعالية من غياب التدخل العلاجي أو من تدخل عامل أخر (الأحداث الخارجية ، الدعم الإجتماعي ، ....) حين نقارنه به .

يجب أن يتحسن المرضى الذين يتبعون العلاج الذي نريد تقييمه (و نسميهم المجموعة التجريبية) أكثر من المرضى الذين لا يتبعون أي علاج (و نسميهم المجموعة الشاهدة) ، هذه المجموعة الأخيرة يمكن أن لا يخضعوا لأي علاج (مثلا أن يكونوا في قائمة إنتظار لتلقي العلاج) ، و لكن

غالبا و لأسباب علمية و أخلاقية ، يتلقى المرضى في المجموعة الشاهدة إما العلاج الآخر الذي نريد مقارنته به أو تدخلا بسيطا (مثل : النقاش الجماعي ، مقابلات للدعم ،......) ، هذا التدخل البسيط يجب أن تتوفر فيه جميع خصائص العلاج الذي تتلقاه المجموعة التجريبية (من حيث نوع العلاج جماعي أو فردي أي نفس عدد المرضى ، نفس مدة الحصة العلاجية ، ...الخ) عدا الخاصية التي نريد تقييم فعاليتها (تقنية علاجية جديدة ، برنامج علاجي جديد ، ......) . يجب العمل على جعل جميع المتغيرات متساوية عدا المتغيرات التي نريد قياسها و ذلك بهدف تحقيق وضعية تجريبية حقيقية .

ثم يظهر مشكل آخر : إذا كان تحسن المجموعة التجريبية أكبر من تحسن المجموعة الشاهدة ، هل نستطيع القول بأن العلاج الأول أكثر فعالية من الثاني ؟ ليس بعد ، لأنه من الممكن أن المجموعتين كانتا غير متكافئتين منذ البداية ، و هذا ما قد يفسر اختلاف درجة التحسن !

مثلا : إذا شكلنا المجموعة التجريبية من أشخاص محبطين أي أنهم في أولى مراحل الإكتئاب و شكلنا المجموعة الشاهدة من أشخاص يعانون من الإكتئاب المزمن . حتى و لو كانت شدة الإكتئاب متساوية في البداية فإنه من المحتمل أن يتحسن الأشخاص في المجموعة الأولى أفضل من المجموعة الثانية . يجب إذن أن تكون المجموعتان متكافئتين منذ البداية حسب مجموعة من المعايير. المشكل هو أن هذه المعايير (التشخيص ، تداخل الإضطرابات ، السن ، الجنس ، المستوى الدراسي ، الوضعية المهنية و العائلية ، العلاج الذي يخضع له ، نمط الشخصية ، الدعم الإجتماعي ، الوضعية المادية ، ....الخ) هي كثيرة جدا و لا نستطيع ضبطها كلها ، هذا دون ذكر المعايير الأخرى التي تؤثر على درجة التحسن و التي لا نعرفها حتى الآن ، إذن ماذا نفعل ؟

الحل الأمثل و الذي يبدو أكثر جدوى ، هو وضع مجموعات عشوائية .

العشوائية لإنقاذ الموقف !

العشوائية ترتكز على إعادة تقسيم المرضى في الدراسة على المجموعتين التجريبية و الشاهدة . إذا كان لدينا ما يكفي من المرضى ، فإن إعادة التقسيم عن طريق القرعة سيوزع بطريقة عادلة المرضى الذين يمتلكون خصائص مختلفة على المجموعتين و بذلك نتجنب التأثيرات السلبية للتقسيم السيء .

كملخص لكل هذا ، دراسة فعالية العلاج النفسي ، لكي تكون مقنعة إلى أقصى حد ممكن ، يجب أن تقارن بين مجموعة تجريبية مع مجموعة شاهدة ، و يجب أن يكون عدد المرضى في الدراسة كافيا ، و يجب أن يتم توزيع المرضى على المجموعتين بطريقة عشوائية .

هذا ما يعني أن هذا النوع من الدراسات صعب الإنجاز ، والعديد من الدراسات التي نشرت لا تحترم الشروط السابقة . مثلا : يمكنها أن تعتمد على حالات فردية أو على مقارنة بين مجموعات لا تتميز بالعشوائية في إنشائها أو أنها لا تتضمن سوى مجموعة واحدة ، أو عدد قليل من المرضى ... هذا لا ينزع عنها قيمتها ، و لكنه يقلل من قوتها العلمية .

3-4 العلاجات النفسية بشكل عام ، هل هي فعالة ؟

منذ الدراسة الأولى (ايزنك ، 1952) [1] التي بينت أن العلاجات النفسية لم تكن فعالة ، بل كانت مضرة (أي أن عدم الخضوع لها أفضل !) ، جاءت العديد من الدراسات لتعارض هذه النتيجة .

أكثر من 60 سنة من الدراسات العلمية ، و المئات ، بل الآلاف من الأبحاث التي تتضمن تجاربا مقننة حول هذا الموضوع ، تقودنا نتائجها حاليا لأن نزيل هذا الغموض : نعم ، العلاجات النفسية فعالة . إنها تساعد على تحسين حالة المرضى بمعدل 70 % من الحالات بالمقارنة مع غياب العلاج أو العلاج " الوهمي " (مثل مجرد التبادل اللفظي بين المرضى و المعالج بدون بدون أي صبغة علاجية) .

حاليا ، تمثل العلاجات النفسية الإقتراح رقم واحد (الخطوة الأولى في التكفل العلاجي) للإضطرابات الإكتئابية الخفيفة أو حتى المتوسطة و ذلك بدون اللجوء إلى مضادات الإكتئاب . نفس الأمر بالنسبة لاضطرابات الحصر التي لا تكون شديدة جدا . إنه فقط حين تفشل العلاجات النفسية ، أو حين يكون الإضطراب شديدا ، يتم حينها وصف مضادات الإكتئاب و مضادات القلق و حاليا من الأفضل أن يكون العلاج النفسي متكاملا مع العلاج الدوائي .

1. Eysenck H.J. (1952). The effects of psychotherapy : An evaluation, *J. Consult. Psychol.*, *16*, 319-324.

الدراسات بينت أيضا أن النتائج الإيجابية التي تحدثها العلاجات النفسية تستمر غالبا عبر الزمن ، و أن هذه النتائج متينة ، أكثر متانة من النتائج التي تحدثها العلاجات الدوائية (التي تميل تأثيراتها إلى الزوال عندما يتوقف العلاج) ، و خاصة بالنسبة لإضطرابات الحصر و الإضطرابات الإكتئابية .

بالنسبة لأغلب الإضطرابات الشديدة (الفصام ، الإضطراب ثنائي القطب ، ......) ، التكفل المتعدد الجوانب هو ما ينصح به و ذلك بربط العلاجات الدوائية بالعلاجات النفسية .

على الرغم من ذلك ، لا يجب أن تغطي الفعالية العامة للعلاجات النفسية حقيقة أن الفعالية تختلف حسب الوضعيات العلاجية . نتائج العلاجات النفسية هي في الحقيقة متباينة جدا و مرتبطة بعدة عوامل : نوع الإضطراب ، التقنيات العلاجية المستعملة ، جودة التحالف العلاجي (أنظر الفصل المخصص لهذا الموضوع) ، الكفاءة المهنية للمعالج ، قدرات المريض و دوافعه ، و عوامل أخرى. عندما تلتقي الشروط المطلوبة يستطيع العلاج النفسي حتما شفاء المريض من اضطراباته النفسية ، و لكن إذا لم يحدث هذا ، يمكن أن ينتهي العلاج بالفشل و قد يؤدي أيضا إلى تدهور حالة المريض .

يجب أيضا التنبه دائما إلى أن القول بأن العلاجات النفسية فعالة يعني أنها ، و حسب الوضعيات ، تحدث إما تحسنا ملحوظا في حالة المريض أو تؤدي لإختفاء الإضطراب تماما . الفعالية إذن نسبية و متباينة .

هل فعالية العلاجات النفسية مبالغ فيها ؟

بشكل عام ، الدراسات المنشورة التي أثبتت فعالية العلاجات النفسية تميل إلى التستر على أمرين مهمين :

- المرضى الذين تخلوا عن العلاج قبل نهايته و لم يرجعوا ، هل يعتبر هذا فشلا للعلاج النفسي ؟ أم بسبب ظروف خارجية؟ أم بسبب فقدان الدافعية ؟ مهما كان الأمر ، فإن 3 إلى 5 مرضى من أصل 10 يتخلون عن العلاج منذ المقابلات الأولى !

- الدراسات التي لم تنشر ، و عددها كبير ، جزء منها يحمل نتائج سلبية لفعالية العلاجات النفسية و يمكن أن تكون قد منعت من النشر لهذا السبب .....

دراسات حديثة [1] أخذت بعين الإعتبار هاذين النقطتين ، بينت أن العلاجات النفسية تبقى فعالة و لكن فعاليتها أقل مما نظن . و لكن الدراسات التي بحثت في فعالية مضادات الإكتئاب بالأخذ بالإعتبار النقطتين السابقتين

خرجت بنفس النتيجة . قوة تأثير كل من العلاجات النفسية و مضادات الإكتئاب على اضطراب الإكتئاب متساوية .

كخلاصة ، إنه من الواجب أن نقترح علاجا مناسبا للشخص الذي يعاني نفسيا ، إنه من المحتمل جدا أن يتلقى هذا الشخص فوائد كبيرة من العلاج . بالإضافة إلى ذلك ، نستطيع الجزم منذ الآن بأن العلاجات السلوكية المعرفية ، كعلاجات نفسية ، و خاصة كونها العلاجات النفسية الأكثر خضوعا للتقييم في العالم ، هي علاجات فعالة .

هذا يقودنا إلى السؤال الثاني ، الأكثر صعوبة و الأكثر إثارة للجدل .

4-4 هل هناك علاجات نفسية أكثر فعالية من الأخرى ؟ و هل العلاجات السلوكية المعرفية أكثر فعالية من العلاجات الأخرى التي تخضع للتقييم ؟

هذا السؤال جدلي جدا و مثير للصراع بشكل كبير ، لقد أثار العديد من النقاشات ، المواجهات ، الدراسات و الدراسات المضادة ، و في فرنسا خاصة أثار " مقاومة " .

أظن أنه من النزاهة أن نضع جوابين مختلفين لهذا السؤال ، و هذا بالبقاء متوافقين مع نتائج المؤلفات العلمية :

1- الجواب الأول : جميع العلاجات النفسية المنظمة لها قيمتها .

2- الجواب الثاني : العلاجات السلوكية المعرفية أكثر فعالية من العلاجات النفسية الأخرى .

1-4-4 هل فعلا جميع العلاجات النفسية لها قيمتها ؟

في سنة 1975 ، نشر Luborsky et Coll [1] منشورا قما فيه بمقارنة أنواع العلاجات النفسية التي تنتمي إلى كل من المقاربتين التحليلية و السلوكية . كانت النتائج كالتالي : 1) العلاجات النفسية فعالة ، 2) لا يوجد اختلاف في الفعالية بينها ، هي جميعا فعالة بنفس القدر . و هذا ما يسمى بـ : dodo bird verdict أو حكم الطائر دودو .

1. Luborsky L., Singer B. (1975). Comparative studies of psychotherapies : is it true that everyone has won and all must have prizes ?, *Arch. Gen. Psychiatry*, *32*, 995-1008

Dodo Bird Verdict(حكم الطائر دودو)

في قصة " أليس في بلاد العجائب " للويس كارول ، في لحظة ما ، بعد الإستحمام في بركة الدموع ، تتبلل الشخصيات ، و لكي تجف يقترح عليهم " دودو " أن يقوموا بسباق حول الملعب . و لكن ، بعد حوالي نصف ساعة ، جف الجميع ، فصرخ " دودو " : " انتهى السباق " ، فاجتمع الجميع حول " دودو " و سألوه " من فاز بالسباق ؟ " .

جعل هذا السؤال " دودو " يفكر ، بقي لمدة طويلة جالسا ، واضعا اصبعه على جبهته (و هي الوضعية المعتادة لشكسبير في صوره) ، بينما كان الآخرون ينتظرون في صمت . أخيرا قال " دودو " : " لقد فاز الجميع ، و سيحصل كل واحد على جائزة " .

إنه حكم الطائر " دودو " الذي تم استعماله لأول مرة في الحكم بين العلاجات النفسية بواسطة " ساول روزنزفايغ " Saul Rosenzweig سنة 1936 ، ثم أعاد " لوبورسكي " Luborsky استعماله سنة 1975 . منذ ذلك الحين ، تلقى حكم الطائر " دودو " الإجماع و لم ينتقد إلا قليلا [1] .

كيف يمكننا أن نوضح بأن العلاجات التي تبدو للوهلة الأولى مختلفة كالعلاج التحليلي و العلاج السلوكي يمكنها أن تكون بنفس الفائدة للمرضى ؟

لفهم هذا ، يجب التفريق بين الخصائص المشتركة و الخصائص الخاصة للعلاجات النفسية . العلاجات النفسية لها خصائص تميزها (الخصائص الخاصة) و خصائص تشترك فيها مع بعضها (الخصائص المشتركة) . قد تبدو العلاجات النفسية مختلفة (خاصة من وجهة نظر المختصين في كل مقاربة علاجية) لكن العلاجات النفسية الفعالة تمتلك خصائص مشتركة أهمها : تبقي المريض دائما متحفزا ، يبقى المعالج ملتزما بالعلاج ، وجود علاقة بينهما (التحالف العلاجي) ، يسلك المعالج سلوك التقبل و التفهم ، وجود مقابلات منتظمة ، إيمان المعالج بفعالية المقاربة التي ينتمي إليها ، صدق المريض في التزامه و أمله القوي في التحسن المحتمل ، علاقة مبنية على الثقة حيث يتم فيها مباشرة مناقشة صعوبات المريض ، و غيرها .

---

1. Rosenzweig S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy, *American Journal of Orthopsychiatry*, 6 (3) : 412-415.

من جهة أخرى ، الخصائص الخاصة هي ، مثلا ، التقنيات السلوكية و المعرفية بالنسبة للعلاجات السلوكية المعرفية ، الإستلقاء على الأريكة و التداعي الحر المصحوب بالانتباه اليقظ للمعالج بالنسبة للتحليل النفسي ، أو المقابلات الغير موجهة في المقاربات الإنسانية ، و غيرها .

العديد من الدراسات بحثت فيما يجعل العلاج النفسي يتقدم بالشكل المرغوب فيه ، أو بكلمات أوضح، بحثت عن العوامل التي يمكنها التنبؤ بفعالية العلاج النفسي . النتائج كانت معقدة و متباينة و لكن ، بشكل عام ، بينت هذه الدراسات أن الأكثر أهمية في العلاج النفسي هي الخصائص المشتركة . الخصائص الخاصة (أي نوع التيار العلاجي) لا تسمح بالتنبؤ إلا بنسبة صغيرة بنجاح العلاج ، في حين أن الخصائص المشتركة تنبأت بنسبة كبيرة (تفوق الـ 50 %) . (معنى هذا أنه حين تتوفر في علاج معين الخصائص المشتركة للعلاجات النفسية تكون نسبة نجاحه أكبر بغض النظر عن خصائصه الخاصة) .

من بين الخصائص المشتركة الأكثر تأثيرا لدينا بالنسبة للمريض (إلتزامه بالعلاج ، دافعيته ، قدرته على الإستفادة من العلاج) ، و بالنسبة للمعالج (حماسه ، غياب التصنع في سلوكه ، احترافيته ، إيمانه بالمنهج الذي يتبعه .....) ، و بالنسبة للعلاقة العلاجية أي التحالف العلاجي (التوافق بين المعالج و المريض حول الأهداف و أساليب العلاج و أن يشعر المريض أن المعالج يفهمه و يعمل على مساعدته) .

إذا كانت الخصائص المشتركة تساهم فعلا بشكل أكبر من الخصائص الخاصة في فعالية العلاج ، فإن الإستدلال على فعالية العلاجات النفسية من خلال المقارنة (من الأفضل ؟) لا معنى له . يجب إذن أن تركز الأبحاث على ما يجعل من علاج نفسي فعالا ، و بالتالي على السيرورات العلاجية ، و ذلك ليقوم كل تيار علاجي بدمجها و تطويرها في تطبيقاته .

على كل حال ، حكم الطائر " دودو" يهدف إلى تهدئة الصراعات و الجدالات حيث أن الجميع فازوا ولا أحد خسر . و لكن هل الأمر بهذه الساطة ؟ هل يستند حكم الطائر "دودو" إلى حقيقة علمية مؤسسة أم أنه مجرد أسطورة تم تداولها على مر العقود ؟

2-4-4 هل ستكون المقاربات المعرفية السلوكية أكثر فعالية من المقاربات الأخرى ؟

العديد من الدراسات ناقشت حكم الطائر " دودو" ، و قد بينت أغلبية هذه الدراسات ، أن العلاجات السلوكية المعرفية ستكون لها فعالية أكبر ، على معظم الإضطرابات النفسية و على معظم الفئات العمرية (أطفال ، راشدين ...) أكثر من المقاربات العلاجية الأخرى .

العديد من التحليلات النقدية للمنشورات التي تدافع عن فرضية أن العلاجات النفسية متكافئة تبين أنه في الواقع جميع العلاجات النفسية لن تكون ذات قيمة . يبدو أن الدراسات الأكثر صرامة ترجح غالبا كفة العلاجات السلوكية المعرفية ، و هذا ما جاء مثلا في مجموعة كبيرة من الأدبيات التي نشرت في فرنسا من طرف المركز الوطني للصحة و البحث الطبي INSERM [1] .

تفوق العلاجات الساوكية المعرفية سيكون خاصة في إضطرابات الحصر و بعض الإضطرابات الإكتئابية ، و ستزداد فعاليتها وضوحا بالنسبة للإضطرابات الأخرى **(Hunsley, J. *et al*., 2002[2])**

3-4-4 ما الذي يؤكد فعالية العلاجات النفسية بشكل عام و السلوكية المعرفية بشكل خاص ؟

أولا ، العلاجات النفسية قد أثبتت فعاليتها . و ما يتحكم في هذه الفعالية هو مجموعة من الخصائص المشتركة التي منها ، خصائص المريض ، المعالج ، و التحالف العلاجي القائم بينهما . لقد تم أيضا إثبات أن العلاجات السلوكية المعرفية هي علاجات أكثر فعالية بدون أي شك من العلاجات النفسية الأخرى ، مع أن هذه الحقيقة لا ترضي الجميع .

على كل حال ، اعتمادا على الدراسات العلمية الحالية ، نستطيع الجزم بأن المقاربة العلاجية التي تمتلك أدلة أكثر على فعاليتها ، هي المقاربة السلوكية لمعرفية ، و في غالبية الأحيان تقود نتائج الدراسات المقارنة للمقاربات العلاجية إلى ترجيح كفة العلاجات السلوكية المعرفية على أنها الأكثر فعالية .

---

1. Canceil O., Cottraux J., Falissard B., Flament M. (2004). *Psychothérapie : Trois approches évaluées*, éd. Inserm.
2. Hunsley J., Di Giulio G. (2002). Dodo bird, phoenix or urban legend ? The question of psychotherapy equivalence, *The Scientific Review of Mental Health Practice*, *1*, 11-22.

على الرغم من ذلك ،يجب أن يبقى المعالج السلوكي المعرفي و المرضى الذين يخضعون للعلاج واعين بأن ما يجعل العلاج يعطي نتائج إيجابية ، هو إلتزامهم المشترك بالعلاج و تعاونهم النشيط في إطار علاقة جيدة مبنية على الثقة . العلاجات السلوكية المعرفية تكون فعالة إذا تم تطبيقها بشكل كامل و صحيح ، و في شروط مناسبة ، و إلا فإن فعاليتها قد تنقص أو حتى تنعدم .

و ككل العلاجات النفسية ، تتطلب العلاجات السلوكية المعرفية الإلتزام و بذل المجهود ، و أيضا الشجاعة لتقبل التغيير ....ثم تبنيه كأسلوب حياة جديد .

5- خاتمة

العلاجات السلوكية المعرفية هي عبارة عن مجموعة من العلاجات التي تم دمجها بطريقة تدريجية و هي جميعها علاجات مؤسسة على أدلة علمية . بدأت بالنظريتين الأوليتين للإشراط (أو التعلم) اللتان تم تطويرهما خلال القرن العشرين و هما : نظرية التعلم الإستجابي لـ " بافلوف " و الإجرائي لـ " سكينر " . نظريات الإشراط هذه تفسر و تبلور التقنيات العلاجية السلوكية .

ثم بعد ذلك ، النظريات و المقاربات المعرفية ، التي ظهرت إبتدءا من سنوات الخمسينيات مع العلاج العقلاني الإنفعالي لـ " إليس " ، ثم العلاج المعرفي لـ " بيك " ، و أخيرا نظرية التعلم الإجتماعي لـ " باندورا " ، هذه النظريات هي أصل التقنيات المعرفية . ثم في الأخير ، و قبل حوالي 20 سنة ظهرت العلاجات الإنفعالية المؤسسة على نظريات معالجة الإنفعالات .

كل هذه المقاربات ، سواء الموجة الأولى ، الثانية ، أو الثالثة ، تتلاحم و تتكامل و تتراكب لتعطي لنا " العلاجات السلوكية المعرفية " التي تمارس على نطاق واسع على مستوى العالم . هذه العلاجات بينت في العديد من المرات صلاحيتها و فعاليتها على اضطرابات متعددة و على فئات عمرية متعددة (أطفال ، مراهقين ، راشدين ، مسنين ......) .

رغم أن هذا يثير جدلا أحيانا ، إلا أنه من المحتمل جدا أن العلاجات السلوكية المعرفية ، تمتلك حاليا فعالية أكبر من معظم العلاجات النفسية الأخرى .

هذه النقاط التاريخية ، النظرية و العلمية تم ذكرها في هذا الفصل الأول ، الفصل الثاني سيتطرق إلى التطبيقات الملموسة للمقاربات السلوكية المعرفية .

الفصل الثاني

الجانب التطبيقي
للعلاجات السلوكية المعرفية

فهـــــرس الفصـــــل

كيف يتم تطبيق علاج سلوكي معرفي عمليا ؟

هذا هو السؤال الذي سيجيب عنه هذا الجزء الثاني من الكتاب ، أولا بتعريف المعالجين السلوكيين المعرفيين ، و أيضا الأشخاص الذين يتم توجيههم للعلاج السلوكي المعرفي و " المشاكل " التي يعالجها العلاج السلوكي المعرفي . و بعد ذلك ، نتطرق إلى الكيفية التي يسير بها علاج سلوكي معرفي بشكل عام . ثم نرى بعد ذلك التقنيات الأساسية المستعملة في هذه العلاجات ، ثم نقدم أمثلة عن الاستراتيجيات العلاجية المستعملة حسب كل إضطراب نفسي .

1- من هم المعالجون السلوكيون المعرفيون ؟ و من هم الأشخاص الذي يمكن أن تفيدهم العلاجات السلوكية المعرفية ؟

1-1 المعالجون

عالم العلاج النفسي هو عبارة عن مجموعة من الممارسين و التطبيقات ، تتضمن هذه المجموعة الأفضل ، و أحيانا و للأسف ، الأسوء (يكون تمييز الجيد من السيء غير واضح خاصة بالنسبة لغير المختصين) .

بكل تأكيد ، هناك معالجون مكونون ، خبراء و جادون ، و هم يشكلون الغالبية . و لكن هناك أيضا البعض منهم تكوينهم سيء ، و منهم المتكبرون و الذين لا علاقة لهم بكلمة " معالج " ، يسيؤن التعامل مع المعاناة النفسية للأشخاص الذين يطلبون المساعدة ، و تكون أساليبهم مدمرة أكثر مما هي مفيدة للمريض خاصة على المدى الطويل .

حتى سنة 2010 ، لم يكن هناك أي قانون ينظم هذه الممارسات في فرنسا ! أين كان أي شخص يمكنه أن يسمي نفسه " معالج " بدون أي رقابة و لا أي تكوين قاعدي في علم النفس أو في العلاج النفسي . و لكن منذ أن تم في سنة (2010) تطبيق قانون Accoyer : لم يعد يمنح لقب " معالج نفسي " سوى للممارسين الذين تتوفر لديهم الشروط المطلوبة .

قانون نيته حسنة ، و لكنه يضيع جزءا من أهدافه

كان الهدف هو حماية الناس من الإستعمال السيء للعلاج النفسي (عدم الكفاءة ، التمييز العنصري ، استغلال الضعف ، و غيرها ..) و هو هدف شرعي ، و لكن .....

ماذا جاء في القانون الفرنسي المتعلق باستخدام لقب " معالج نفسي [1] " ؟

لا يمكن أن يكون للممارسين الحق في امتلاك هذا اللقب إلا إذا كانوا :

- أطباء
- مختصين نفسانيين
- محللين نفسانيين مسجلين في مدارس التحليل النفسي
- المعالجون النفسانيون الذي يمتلكون سنة 2010 خمس (5) سنوات من الممارسة و يحوزون على الإعتماد من طرف أحد لجان الوكالة الإقليمية للصحة .

المشكلة الأولى : شهادات " الطب " و " علم النفس " و أيضا شهادة " محلل نفسي " ، لا تعني إطلاقا أن الشخص مكون في العلاج النفسي (رغم أن الأطباء العقليين و المختصين النفسانيين العياديين لديهم تكوين إجباري في علم النفس المرضي) .

المشكلة الثانية : هو أن القانون لا يحدد ماهو " العلاج النفسي " و لا ينظم ممارسته . إذن ، أي شخص يمكنه أن يسمي نفسه " معالج " و يمارس ما يسميه " علاج نفسي " بدون أي رقابة . يكفي فقط الإطلاع على قائمة العلاجات النفسية التي ليس لها إطار ينظمها لنقتنع بذلك .

العديد من المصطلحات الجديدة يتم إضافتها لـ " معالج " و " نفسي " ، و لكن القانون لا ينظم سوى استخدام مصطلح " معالج نفسي " .

إذن ، القانون لا يضمن سوى أن يكون الممارس الذي يحوز على لقب " معالج نفسي " من طرف الوكالة الإقليمية للصحة إما مختصا نفسيا أو طبيبا و أن يكون قد تلقى تكوينا في علم النفس المرضي ، و هذا لإبعاد الأشخاص الذي ليس لديهم هذه الشروط . و لكنه لا يضمن أن يكون هؤلاء الأشخاص (مختصين نفسانيين ، أطباء ، .....) مكونين و أكفاء في العلاج النفسي .

1. Site Légifrance, décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 relatif à l’usage du titre de psychothérapeute.

لإيجاد معالج نفسي مكون و ذو كفاءة عالية ، يجب أن نتأكد أنه معالج معترف به من طرف (الوكالة الإقليمية للصحة) و بالتالي يكون موجودا ضمن قائمة ADELI للمعالجين النفسيين التي يمكن الإطلاع عليها عبر موقع الوكالة . يضمن هذا على الأقل أنه ، سواء كان هذا المعالج طبيبا عقليا أو مختصا نفسيا ، قد تلقى تكوينا قاعديا صلبا في علم النفس المرضي ، و هذا يعني أنه مطلع على الإضطرابات النفسية (و لكن لا يعني هذا أنه مطلع بالضرورة على العلاجات النفسية) .

و يجب أيضا التحقق من أنه قد تلقى تكوينا في العلاج النفسي . و إن كان بالفعل مكونا فسنجد اسمه في سجلات المدرسة التي تلقى فيها تكوينه ، و المدرسة المكونة هي في حد ذاتها مؤشر (رغم أن العديد من المدارس تسمي نفسها بأسماء جذابة و تعطي بدون رقابة ، ألقابا ، شهادات و اعتمادات ....في " علاجات " متنوعة و مختلفة) .

يوجد في فرنسا حاليا حوالي 10000 معالج نفسي ، و لكن هذا الرقم تقريبي و التحقق من صحته أمر صعب .

فيما يتعلق بالعلاجات السلوكية المعرفية ، يكفي التحقق أن المعالج النفسي موجود ضمن سجلات الممارسين و ذلك على موقع الجمعية الفرنسية للعلاج السلوكي المعرفي (AFTCC .org) ، هذه القائمة تتضمن أكثر من 1000 ممارس في سنة 2014 . إذا كان بالفعل موجودا فيها ، فإنه بالفعل مختص نفسي أو طبيب عقلي و أنه قد تلقى تكوينا في العلاج السلوكي المعرفي .

على أية حال ، لا يجب أن يتردد أن يتردد المريض – قبل الإنخراط في العلاج – في إجراء بعض المعاينات و التحققات و أن يطرح بعض الأسئلة على المعالج النفسي الذي يقابله . من جهة أخرى ، المعالج الجاد و ذو الكفاءة يبدأ دائما بتقديم نفسه للمريض خلال اللقاء الأول ، و يبين للمريض الشهادة التي يحوز عليها و المقاربات التي يستعملها و التي تكون فيها .

المعالجون السلوكيون المعرفيون هم عبارة عن رجال و نساء اختاروا مهنة المعالج النفسي لأسباب قد تكون شخصية ، و لكنهم جميعا يشتركون في الرغبة في مساعدة الأشخاص الذين يعانون من صعوبات نفسية و الرغبة في فهم أفضل للحياة النفسية بشكل عام ، والوسائل التي تجعلها تتقدم حين يتعطل تقدمها و ينتج هذا التعطل الإضطرابات النفسية . إذن فقد درسوا في تخصصات خاصة :

دراسة الطب مع اختصاص الطب العقلي أو دراسة علم النفس العيادي أو علم النفس المرضي في الجامعة . بعد اتمام هذه الدراسات العليا (دكتوراه في الطب من كلية الطب ، شهادة ماستر أو الدكتوراه في علم النفس العيادي أو علم النفس المرضي من الجامعة) يقومون بإجراء تكوين في العلاجات السلوكية المعرفية يدوم سنتين أو ثلاث سنوات . و يبدأون في تطبيق هذه العلاجات تحت إشراف معالج خبير في البداية .

أين يتم التكوين في العلاجات السلوكية المعرفية في فرنسا ؟

بعد إجراء التكوين الأساسي في الطب العقلي أو علم النفس ، هناك عدة خيارات لإجراء تكوين يدوم من سنتين إلى 3 سنوات :

- الجمعية الفرنسية للعلاجات السلوكية المعرفية **AFTCC** في : باريس ، أورليان ، رين ، بوردو ، ستراسبورغ ....

- المعهد الفرنكوفوني للتكوين و البحث في العلاج السلوكي المعرفي **IFFORTHECC** الذي مقره في ليون و لكنه توسع لمدن أخرى .

- من خلال الشهادات الجامعية **Diplômes Universitaires** : على سبيل المثال جامعة باريس - ديكارت ، جامعة ليون أو جامعة ليل (قم بزيارة مواقع هذه الجامعات لتتعرف على تفاصيل أكثر) .

ثم بعد ذلك ، و طوال مسيرتهم المهنية ، يشاركون في تكوينات أخرى ، ندوات ، و أيام العمل لتبادل الخبرات فيما بينهم . إنهم يتكونون طوال حياتهم لكي لا ينخفض مستواهم ، لكي يطوروا قدراتهم و لكي يجعلوا أساليبهم مواكبة للتقدم العلمي و التقنيات العلاجية الجديدة .

مختص نفسي ، طبيب عقلي ، محلل نفسي ، معالج نفسي ، كيف تفرق بينهم ....

هناك لقبان مقننان ، و التكوين فيهما محدد و معترف به من طرف الدولة وهما : مختص نفسي و طبيب عقلي

مهنتا الطبيب العقلي و المختص النفسي ينظمهما القانون ، بحيث أنه فقط الأشخاص الحاملون لشهادات تكوين في مجال الطب العقلي أو علم النفس هم الذين يحملون لقب : " طبيب عقلي " أو " مختص نفسي " . الطبيب العقلي هو طبيب مختص في الإضطرابات النفسية ، المختص النفسي العيادي يتناول هذه الإضطرابات نفسها و لكن من زاوية نفسية (و ليس من زاوية طبية) .

من جهة أخرى هناك وظيفتان : محلل نفسي ، و معالج نفسي

المحلل النفسي هو الذي يمارس التحليل النفسي ، المعالج النفسي هو من يمارس العلاج النفسي (في كلتا الحالتين يكونون مختصين نفسانيين أو أطباء عقليين) . في قانون 2004 ، " المعالج النفسي " أصبح أيضا لقبا مقننا (يمكن فقط للأطباء و المختصين النفسانيين حمله) . في حين أن لقب المحلل النفسي يبقى غير مقنن و غير مراقب من طرف الدولة و لا يحمل في حد ذاته أي طابع رسمي أو قانوني .

المعالجون النفسانيون السلوكيون المعرفيون يمكنهم أن يمارسوا العلاج لحسابهم الخاص (في عيادة خاصة) ، في المصالح الإستشفائية الطب عقلية العمومية (مثلا في المراكز الطبية – النفسية ، في المستشفى العام ......) و أيضا في المراكز التي لا تنتمي لمجال الصحة العقلية و لكن فيها أشخاص يحتاجون إلى مساعدة أو توجيهات نفسية (ديار المسنين ، المصالح الإستشفائية الخاصة بالأمراض " الجسمية " .....) .

يمكنهم أيضا أن يمارسوا مهنتهم في عدة أماكن أخرى (على سبيل المثال في المستشفى و في العيادات الخاصة) . أحيانا يكونون معالجين بدوام كامل (أي مهنتهم الوحيدة هي العلاج) ، و قد يكونون أيضا مدرسين أو باحثين في الجامعة ، حيث يبحثون في مسائل متعلقة بالعلاج النفسي .

أحيانا يستطيع أيضا الممرضون العاملون في مصلحة الأمراض العقلية استعمال بعض التقنيات السلوكية المعرفية ، حيث يتم تكوينهم فيها و مراقبتهم من طرف طبيب عقلي أو مختص نفسي ، و يمكن أيضا لعدة أعوان شبه طبيين أيضا أن يفعلوا ذلك .

2-1 من هم الذين يمكن أن يفيدهم العلاج السلوكي المعرفي ؟

بينت عدة دراسات مسحية و طب عقلية عالمية أن حوالي 11 % من سكان العالم يعانون من اضطراب عقلي واحد على الأقل . حاليا في فرنسا ، يوجد 6 ملايين شخص يعانون حاليا من صعوبة نفسية ذات دلالة إكلينيكية . إذا نظرنا إليها بشكل عام طوال الحياة (أي عدد الإضطرابات النفسية التي يصاب بها الأشخاص في حياتهم) نجد أن 25 % من سكان فرنسا قد عانوا من إضطراب نفسي خلال حياتهم .

من بين الأمراض الأكثر إنتشارا نجد خمسة (5) اضطرابات عقلية (الإكتئاب ، الإضطراب ثنائي القطب ، الفصام ....) ، كذلك ، هناك العديد من الأشخاص الذين يعانون من اضطربات نفسية قد تستدعي في أي وقت تدخلا علاجيا (أي أنها قد تتفاقم و تخرج عن السيطرة في أي لحظة) .

في الواقع ، عدد هؤلاء الأشخاص أكبر بكثير مما يبدو عليه ، لأن العديد من المرضى يخضعون للعلاج بسبب صعوبات نفسية ليس لها تشخيص طب عقلي (أي لا تنتمي للإضطرابات النفسية حسب المعايير التشخيصية) ، و تكون هذه الصعوبات في شكل : شعور عام بالإنزعاج ، صعوبات نفسية ذات شدة ضعيفة ، استجابات نفسية لوضعيات إجتماعية (الإرهاق ، الإجهاد ...) ، مشاكل زوجية أو عائلية ، و غيرها . و لكن على الرغم من ذلك ، 1 % فقط من الأشخاص الذين يعانون يخضعون للعلاج النفسي في فرنسا ، و هذا رقم ضعيف جدا (من بين 6 ملايين شخص [1]) .

في المقابل ، نجد أن 90 % من الأشخاص الذين خضعوا للعلاج يشعرون بالرضا عن العلاج النفسي .

المقاربات السلوكية المعرفية موجهة لكل المرضى ، من الأطفال إلى الشيوخ ، مرورا بالراشدين من جميع الأعمار . إنها قادرة على تقديم المساعدة في غالبية الوضعيات النفسية الصعبة ، سواء كانت شعورا خفيفا بالضيق و الإنزعاج أو اضطرابا شديدا .

في ما يخص بعض الصعوبات النفسية ، تكون المساعدة التي تقدمها العلاجات السلوكية المعرفية تكون كافية و فعالة جدا (في غالبية اضطرابات الحصر الخفيفة و المتوسطة ، الإضطرابات الإكتئابية الخفيفة و المتوسطة ، بعض الصعوبات العلائقية ، الحاجة إلى الدعم ، بعض اضطرابات النوم ، بعض الإضطرابات الجنسية ......) . لكن فيما يخص حالات أخرى تكون هذه المساعدة مترافقة مع أنواع أخرى من المساعدة ، مثل المتابعة الطبية ، الدوائية ، الإستشفائية . و هذا في حالة الإضطرابات العقلية الشديدة مثل الإضطرابات الذهانية ، الإضطراب ثنائي القطب ، و أيضا الإضطرابات التي لديها جانب جسدي كبير مثل الإدمان ، إضطرابات السلوك الغذائي ....

1. Sondage CSA pour le journal *Psychologie*, 2006.

و لكن مع تطور العلاجات السلوكية المعرفية و تزايد التقنيات و الإستراتيجيات أصبح من الممكن لهذه العلاجات تقديم مساعدة في جميع حالات الإضطرابات التي تسبب معاناة نفسية تقريبا ، سواء كانت هذه المساعدة سلوكية معرفية بحتة أو متكاملة مع مقاربات أخرى .

إنه لكي يكون العلاج السلوكي المعرفي مفيدا للمريض ، يجب أن يتوفر المريض على مجموعة من الخصائص :

- **يجب أن يكون متحفزا و لو بقدر قليل** ، أي يجب أن يمتلك الرغبة في تغيير ما يمثل له صعوبة ، و لا يكون جميع المرضى دائما هكذا .

- **يجب أن يعرف الجانب النفسي و الشخصي للصعوبات التي يعاني منها** ، و إلا فإنه قد يتوقع إما أن الآخرين هم الذي سيتغيرون (العائلة ، المجتمع ، الطبيب ....) أو قد يظن أن مشكلته هي مشكلة عضوية بحتة و بالتالي سيتوقع أن التغيير لن يتم إلا بواسطة الدواء .

- **أن يكون قادرا على الإلتزام بالعلاقة العلاجية** ، أي أن يكون قادرا على العمل مع المعالج لتحسين وضعيته (بعض المرضى الذين يتصفون بعدم الثقة بالآخرين أو لا يتقبلون مساعدة الآخرين ، قد يكون علاجهم مستحيلا) .

- **يجب أن يطبق مبادئ العلاج السلوكي المعرفي** (التي يكون المعالج قد شرحها له في بداية العلاج) و منها : التركيز على المشكل ، التوجه البراغماتي (النفعي) ، التمارين التي يجب أن يقوم بها بنفسه ، العلاقة التعاونية مع المعالج ، إعطاء الأولوية لـ " هنا و الآن " و المستقبل بدلا من الماضي و خبرات الطفولة .

- **يجب أن يكون قادرا على تكريس الوقت و الجهد للعلاج** ، مثلا : لا نبدأ أبدا في تطبيق علاج نفسي لشخص سيسافر إلى خارج البلاد الأسبوع المقبل و يبقى هناك لمدة 6 أشهر ، أو لشخص ليس لديه الوقت الكافي الذي يتطلبه العلاج .

- **لا يجب أن يكون الشخص يعاني من صعوبات نفسية شديدة جدا** و نشيطة (الإكتئاب الحاد ، أفكار إنتحارية خطيرة ، الفصام ، الإضطراب ثنائي القطب الغير مستقر ، القلق الشديد ......) ، و إلا فإن

العلاج النفسي لا يمكن أن يبدأ في الحال ، بل يجب أن يسبقه علاج طبي (الأدوية أو الإستشفاء) .

- و بكل تأكيد ، يجب أن يكون المشكل المطروح قابلا للعلاج بواسطة التقنيات السلوكية المعرفية .

إذا كانت معظم هذه الخصائص غير متوفرة فإن العلاج مهدد بشدة بالفشل . يجب على المعالج إذن أن يتحقق ، منذ المقابلات الأولى ، أن هذه الشروط متوفرة بشكل عام . و إذا لم تكن كذلك ، يمكن للمعالج أن يوجه المريض سواء إلى تكفل لا يدخل ضمن إطار العلاج النفسي (الطبيب ، المساعد الإجتماعي ، مستشار التوجيه ......) أو إلى علاج نفسي آخر و ذلك حسب طبيعة مشكلته أو حاجاته ، رغباته و شخصيته .

التوجيه نحو العلاج النفسي ، بما في ذلك العلاج السلوكي المعرفي ، ليس متعلقا فقط باضطرابات المريض ، و لكن أيضا بدوافعه ، توقعاته ، معتقداته و شخصيته . يجب إذن أن يجد المريض طبيعة المساعدة التي تناسبه و ذلك حسب : مستوى قدرته المادية (الوقت ، المسافة ، السعر .....) ، نوع المساعدة التي تناسبه (براغماتية و نشيطة = العلاج السلوكي المعرفي ، استبطانية و شفهية = التحليل النفسي ، تواصلية و عائلية = المقاربة النسقية ، الإصغاء و التقبل الغير مشروط = المقاربة الإنسانية الروجرية ، سريعة و إيحائية = العلاج بالتنويم ......) ، حسب طبيعة العلاقة العلاجية المناسبة له (متباعدة = التحليل النفسي ، مباشرة و تعاونية = العلاج السلوكي المعرفي ، إستراتيجية = المقاربة النسقية ....) و أيضا المعالج الذي يناسبه (السن ، الجنس ، الشخصية ...) .

---

10 أسئلة لتعرف هل أنت مستعد لعلاج سلوكي معرفي (إذا كنت تعاني من صعوبات بكل تأكيد !)

1) هل مشاكلي مرتبطة بصعوبات نفسية شخصية ؟ (أي ذات طبيعة نفسية غير عضوية ، و خاصة بالشخص)

2) هل هذه الصعوبات النفسية تزعجني ؟

3) هل أنا أطمح للتخلص منها و تغيير سلوكي بشكل عام ؟

4) هل أظن بأنني ، حاليا ، أحتاج مساعدة من مختص ؟

5) هل أريد علاقة مباشرة و نشيطة مع المعالج ؟

6) هل التوجه المباشر ، البراغماتي (النفعي) ، المركز حول المشكل يناسبني أكثر ؟

7) هل أنا مستعد للإنخراط و الإلتزام بالعلاج ، و بشكل خاص ، هل أنا مستعد لأطبق بشكل جاد التمارين التي أتفق عليها مع المعالج ؟

8) هل أمتلك الوقت و الطاقة لأكرسهما للعلاج خلال الشهور القادمة ؟

9) هل الشروط المادية متوفرة (توفر المعالج ، سهولة الوصول إلى عيادته ، الإتفاق على الأجر – إذا كان المعالج يعمل لحسابه الخاص – أو التأمين الإجتماعي – إذا كان المعالج يعمل في القطاع العام) و غيرها؟

10) هل أنا مستعد لأن أبدأ العلاج الآن ؟

إذا أجبت على جميع هذه الأسئلة ، فلا تضيع الوقت ، أنت مستعد للمقابلة الأولى مع المعالج السلوكي المعرفي ! إذا كان لديك شك ، يمكنك الحديث مع أحد المعالجين النفسانيين و أخذ رأيه .

يمتلك العلاج إحتمالا أكبر لأن يكون فعالا إذا توفرت هذه الشروط و لكن ، في الواقع لا تتوفر هذه الشروط دائما ! و قد يحدث أيضا في بعض المرات أن تتغير هذه الشروط أثناء العلاج : يمكن أن تحدث للمريض أحداث (الفصل من العمل ، المرض ، أحداث تصيب الأقارب ، و غيرها) و تجعله غير قادر على الحضور للعلاج بشكل منتظم ، يمكن أيضا أن تظهر لدى المريض مقاومة أثناء العلاج و ذلك لعدة أسباب ، و أيضا قد تظهر بعض المشاكل التي لم يتجرأ المريض على التصريح بها في المقابلات الأولى (مشاكل جنسية ، صدمات في الطفولة ، استهلاك الكحول و غيرها) .

يحدث كثيرا أن تظهر عوامل معيقة للعمل العلاجي خلال العلاج . يجب إذن على كل من المعالج و المريض التطرق سوية و بشكل متفتح لهذه العوائق و المشاكل ، و ذلك لتجاوزها و استعادة الشروط المناسبة لسير العلاج السلوكي المعرفي .

هذا يعني أنه في مجال العلاجات النفسية ، بما فيها السلوكية المعرفية ، هناك دائما هامش مما لا يمكن التنبؤ به و من الضروري التكيف معه عند حدوثه .

2- بالنسبة للعلاجات السلوكية المعرفية ، التي هي علاجات مركزة على المشكل ، ما هو " المشكل " ؟

في مجال العلاجات النفسية ، و من وجهة نظر عامة ، يمكن أن نعتبر بأن " المشكل " هو عبارة عن صعوبة نفسية لا يستطيع الشخص تجاوزها باستخدام الوسائل العادية ، مما يقوده إلى طلب المساعدة من مختص .

في العلاجات السلوكية المعرفية ، ماهي " المشاكل " التي يركز عليها العلاج ؟ و لماذا يركز العلاج على " مشكل " محدد ؟

هذا السؤال يتطلب إجابة من ثلاثة مستويات :

من جهة المريض : الإجابة الأبسط هي أن المشكل هو ما يشكل صعوبة للشخص الذي يعاني منه . المريض يمكن أن يقول أنه " قلق جدا " ، أو أن لديه " صعوبات علائقية " ، أو " مشاكل جنسية " ، أنه " يشعر بأنه حزين ومتعب " ، و غيرها . كل ما تم ذكره يمكن أن يكون مشكلا يركز عليه العلاج السلوكي المعرفي .

إن المريض هو الذي يحدد وجود معاناة لديه ، و هو الذي يحدد المشكل الذي يريد تجاوزه . التركيز على المشكل مهم جدا لأن المعاناة تكون غالبا هي أكبر دافع للتغيير ، أي أنه من المهم جدا أن يوجه المعالج دائما العلاج نحو ما يحدده المريض على أنه المشكل المسبب للمعاناة له .

الإتفاق على أهداف العلاج و على الصعوبات التي يتم العمل عليها

إذا كان المريض يشتكي من قلق شديد و أنه يريد أن يعالجه بواسطة العلاج النفسي ، و لكن المعالج يوجه العلاج نحو مشكل " تناول الكحول " الذي هو أيضا أحد المشاكل التي يعاني منها المريض ، و ذلك دون أن يكون المريض مقتنعا ولا موافقا على هذا التغيير ، فإن هذا يزيد من خطر تفكك التحالف العلاجي و بالتالي يهدد فعالية العلاج ككل .

إذن ، المريض هو الذي يقرر ، بعد التشاور مع المعالج ، المشاكل التي يريد التركيز عليها و يختار أيضا ترتيبها .

من جهة المعالج : يلعب المعالج دورا كبيرا في بداية العلاج و يتمثل في مساعدة المريض على التحديد الدقيق للمشاكل التي يواجهها . إنها سيرورة التشخيص .

في الواقع ، غالبية الأشخاص الذين يأتون للعلاج للمرة الأولى لا يعرفون مما يعانون تحديدا ، و يميلون إلى النظر إلى صعوباتهم النفسية بنظرة تجريدية و عامة : " أنا لا أحس بأنني بخير " ، "لم أعد أمتلك الرغبة في الذهاب إلى المدرسة " ، " يقول الناس أنني في حالة اكتئاب " ، " لقد سئمت من كل شيء ، الأمور لا تسير كما يجب " ، و غيرها .

و لكن في أحيان أخرى ، قد يعبر المرضى عن اضطراب إكلينيكي محدد ، بعد الإستعلام على شبكة الإنترنت أو من مصدر آخر : " أنا أعاني من رهاب الأماكن المفتوحة و الرهاب الإجتماعي " ، " أنا أعاني من اضطراب في الإنتباه و فرط الحركة ، لقد قال لي الطبيب ذلك " ، و غيرها .

و لكن على العموم ، يجب على المعالج أن يقوم بعمل دقيق في المقابلات الأولى ، و ذلك ليحدد بوضوح من جهة ، ما الذي يمثل مشكلة للمريض بالتحديد ، و من جهة أخرى التحقق من عدم وجود صعوبات و مشاكل نفسو- مرضية أخرى لم يتحدث عنها المريض إذن فالمعالج عليه أن يتبع سيرورة تشخيص صارمة.

لا يمكن تحديد مشكل أو مشاكل المريض بدقة إلا بعد التحديد الدقيق للأعراض و هي خطوة يقوم المعالج و المريض بالتعاون مع بعضهما البعض لإنجازها .

الإنتقال من إنزعاج عام و عابر إلى مشكل محدد

المريض : أنا لا أعرف ، أشعر بأني قلق ،أصبحت أخرج أكثر من المعتاد من المنزل ، لا أريد أن أشعر بالقلق بعد الآن ، هل يمكنك مساعدتي ؟

المعالج : يجب أولا أن نحدد ما تعاني منه بدقة ، ثم سأخبرك إن كان يمكن للعلاج السلوكي المعرفي أن يفيدك و كيف . الآن أخبرني هل هناك فترات تشعر فيها بالقلق أكثر من غيرها ؟

المريض : آآآ ....نعم ، فعلى سبيل المثال في القطار ، حين أكون وسط مجموعة كبيرة من الناس ، في الطريق السريع ، أشعر بأنه سيغمى علي ...

المعالج : حسنا ، هل هناك وضعيات أخرى تسبب لك نفس الشعور ؟

المريض : في المنزل أيضا .....لكن فقط حين أكون على وشك الخروج و ركوب القطار أو السيارة ، مجرد التفكير في هذا يشعرني بالقلق ....

المعالج : في الواقع ، يبدو لي أنك تشعر بالقلق حين يتوجب عليك ركوب القطار أو السيارة و حين تفكر في هذا الأمر أيضا ، أليس كذلك ؟

المريض : نعم ، هكذا هو الأمر . أما الأشياء الأخرى فلا تمثل مشكلة كبيرة بالنسبة لي .

المعالج : إذن ، يبدو أن ما يمثل مشكلة هو أن هاتين الوضعيتين تثيران لديك القلق . سوف نقوم بتحديد ما الذي يجري في هاتين الوضعيتين بشكل أكثر دقة ، هل أنت موافق ؟

بواسطة هذا الحوار التوضيحي ، يظهر بشكل تدريجي فهم أكثر دقة لمشكلة المريض ، هذا التحديد الدقيق للمشكلة أو المشاكل هو خطوة تمهيدية ضرورية لا بد منها قبل بداية العلاج .

بواسطة هذا العمل الإستكشافي المنتظم و الدقيق ، و باستخدام المقابلة العيادية ، الخبرة الشخصية و كذلك الأدوات المحكمة (الإستبيانات ، المقابلة التشخيصية ، الإختبارت ، المعلومات التي يدلي بها المحيطون بالمريض .....) ، سيتمكن المعالج ، من منظور مهني و بطريقة موضوعية ، من تحديد المشاكل التي يعاني منها المريض .

المشكل يمكن أن يكون اضطرابا نفسيا محددا و معروفا ، كما يمكن أن لا يكون اضطرابا نفسيا ، مثلا ، قد يكون مرتبطا بصعوبة علائقية ، بمعاناة ، أو انزعاج غير دال إكلينيكيا . إذن ، فالمشكل ليس بالضرورة اضطرابا نفسيا مصنفا في مراجع الطب العقلي .

أثناء عملية التحديد الدقيق للمشكل ، يشرح المعالج للمريض بطريقة مبسطة ما الذي يقوم به (يشرح له مثلا ماهي الإختبارات و كيف و لماذا يقومان بتطبيقها) و لا يتردد في أخذ رأيه حولها (" حسب هذا الإستبيان ، يبدو أن قلقك مرتفع الشدة و أن خوفك الأكبر هو من الفشل ، ما رأيك في هذا ؟ هل هذا ينطبق على ما تعيشه فعلا ؟ ") ، و لا يتردد أيضا في تقديم الشروحات و المعلومات خلال سير العملية (" درجتك على هذا الإستبيان تسمح لنا بمعرفة موقعك بالنسبة لمتوسط الدرجات ، أي معرفة ما إذا كنت أكثر أو أقل قلقا من المتوسط ") و يشرح له أيضا النتائج (تنطبق عليك

معايير تشخيص اضطراب القلق المعمم ، هل سمعت من قبل بهذا الإضطراب ؟ حسنا ، سوف أقدم لك بعض الشروحات ....") .

يسمح هذا للمعالج بوصف صعوبات المريض بكلمات دقيقة و أن يخرج بتحديد دقيق لمشاكله . هذا الوضوح و التدقيق يجعل المعالج و المريض متفقين على ماهية المشاكل التي سيقومان بالعمل عليها.

مثال عن ملخص لحصيلة المشاكل المطروحة في المقابلات الأولى

المعالج : " إذن و كملخص ، فقد حددنا وجود : أولا ، شعور قلق شديد ، يزعجك في حياتك اليومية و يبدو أنه مرتبط بوضعيات محددة كالركوب في القطار أو الطريق السريع . لقد تبين لنا أن هذا المشكل مرتبط برهاب الأماكن المفتوحة ، و شدته تمنعك أحيانا حتى من الخروج من منزلك ، و لهذا أنت تعاني .

من جهة أخرى ، أنت تشعر قليلا بالكآبة و تقديرك لذاتك منخفض ، و لكن هذا ليس شديدا لدرجة تشخيصه كاضطراب إكلينيكي رغم أنه يزعجك لأنه يسبب لك معاناة .

لقد وضعنا فرضية أن هذه المظاهر الإكتئابية هي ناتجة عن القلق الذي تعاني منه . و في النهاية ، و رغم أن ذلك لم يظهر في الإستبيانات فإنك تعاني من صعوبات في بعض العلاقات ، خاصة في العمل . إنها بدون شك صعوبات في فرض رأيك و الدفاع عن حقوقك . هل أنت موافق على ما جاء في هذه الحصيلة ؟ ..... لقد حددنا إذا ثلاثة مشاكل (رهاب الأماكن المفتوحة ، معاناة إكتئابية خفيفة ، و مشاكل علائقية) . ما هو المشكل الذي تريد أن نبدأ به و يبدو لك أنه الأكثر أهمية ؟

في رأيي الشخصي ، من الأفضل أن نبدأ برهاب الأماكن المفتوحة ، لأنه إذا عالجناه سيؤدي هذا إلى تحسن شعورك بالكآبة و بعد ذلك ، إذا تطلب الأمر ، يمكن أن نعمل على مشكلتك العلائقية . ما رأيك ؟ "

من جهة منطق العلاج السلوكي المعرفي : ليكون تطبيقها فعالا ، تحتاج العلاجات المركزة على المشاكل إلى مشاكل لمعالجتها !

العلاجات السلوكية المعرفية لا يمكن أن تطبق على وضعيات غامضة و غير محددة بدقة . من البديهي أن تكون الوضعيات الإشكالية التي يعاني منها المريض ذات طبيعة معقدة و معممة ،

و متعددة الأوجه ، و منها حتى ما هو غير قابل للتدقيق . و لكن العلاجات السلوكية المعرفية تتطلب تقليص هذه الوضعيات المعممة إلى مشاكل جزئية يتم العمل عليها الواحدة تلو الأخرى .

إذا كان أغلبية المرضى يتفهمون هذه الطريقة و يقدرونها ، فإن بعضهم يعتبرها غير صالحة و أحيانا لا يتفهمونها (" نعم ، أعرف ، نحن نعمل على تقديري لذاتي ، و لكني أود لو نتكلم عن علاقتي مع أمي عندما كنت طفلا .....") و لا يفهمون بسهولة دائما أننا لا نستطيع أن نعالج كل شيء في نفس الوقت لأن ذلك يخل بفعالية العلاج .

لهذه الأسباب ، سيرورة تحديد المشاكل في العلاجات المعرفية السلوكية (سيرورة التشخيص) يمكن وصفها بأنها إختزالية : إنها تفكك الوضعية العامة الذاتية إلى عدة أجزاء موضوعية ، محددة بدقة ، و معزولة من بعضها البعض ، تسمى هذه الأجزاء " مشاكل " .

خلال العمل ، يقوم المعالجون بالتركيز (و جعل المرضى يركزون) على أجزاء فقط من الوضعيات ، و إبقاء باقي الأجزاء على الهامش مؤقتا (للعودة إليها لاحقا) . لماذا يعملون بهذه الطريقة ؟ لماذا لا يعالجون كل شيء دفعة واحدة (و هو ما تقوم به العلاجات المركزة على الشخص) ؟

لأن التحديد الدقيق للمشكل و استهدافه و عزله ، ثم العمل عليه بطريقة منتظمة و استراتيجية ، أكثر سرعة و فعالية .

يتمثل الأمر في المرور من فهم عام و غير مفصل للوضعية المزعجة للمريض إلى فهم للوضعية على أنها مجموعة من "المشاكل " المحددة ، و التي تجعل من الوضعية قابلة للعلاج ، و بالتالي قابلة للتحسن .

لا يجب نسيان تأثير كرة الثلج

العديد من الدراسات بينت ، و الكثير من المعالجين يلاحظون يوميا ، أنه حين تتحسن إحدى مشاكل المريض (على سبيل المثال الصعوبات العلائقية) ، فإن لهذا تأثيرا إيجابيا على مشكل آخر (مثلا ، تقدير الذات) ، و هو ما يمكن أن يحسن إيجابيا بعدا نفسيا آخر (مثلا ، الثقة في النفس) ، و هو ما يدعم التقدم المحقق (الذي هو تخطي الصعوبات العلائقية) .

إنه تأثير كرة الثلج ، أي الحلقة المفتوحة التي تتوضع و تعمل ضد الحلقة المفرغة التي تميز الإضطرابات النفسية .

خاتمة : العلاج السلوكي المعرفي يطبق على المشاكل . الخطوة الأولى للعلاج ترتكز على تحديد العناصر التي تسبب صعوبة للمريض ، قد تكون هذه الصعوبات عبارة عن أعراض أو تناذرات إكلينيكية و قد تكون صعوبات غير إكلينيكية و لكنها تسبب الإزعاج و المعاناة النفسية .

تحديد المشاكل يتم عبر الإصغاء للمريض و طرح الأسئلة ، و لكن أيضا عبر اتباع سيرورة تشخيص صارمة يتعاون فيها المعالج و المريض إلى أقصى حد ممكن . إختيار ترتيب المشاكل (أي ماهي الأولى و الثانية ....) يتم أيضا بالتشاور بين المريض و المعالج .

و عندما لا يدرك المريض مشاكله ؟

هناك حالات لا يكون فيها المرضى واعيين بشكل واضح بالصعوبات التي يعانون منها ، أو لا يكونون في حالة معاناة أو انزعاج من هذه الصعوبات . في هذه الحالة يكون سلوك المرضى مزعجا لعائلاتهم و مجتمعهم . إذن يكون المحيط هو الذي يعاني في هذه الحالة و ليس المريض !

إذن فالعائلة، الأصدقاء ، الشرطة ....هو الذين يطلبون التكفل الطبي (إستشفاء أو أدوية) و النفسي (العلاج النفسي) للمريض . . يحدث هذا في بعض الإضطرابات التي تكون مصحوبة بإنكار المريض للإضطراب ، مثل اضطرابات الإدمان (على الكحول مثلا) ، الإضطرابات الذهانية (الفصام مثلا) ، الإضطراب ثنائي القطب (خاصة في نوبات الهوس) و أيضا الإضطرابات السيكوباتية (العنف و انتهاك القوانين و الأخلاق دون إدراك الضرر المسبب للآخرين) .

العمل النفسي مع هؤلاء الأشخاص يهدف إلى جعلهم مدركين للجوانب الضارة من سلوكاتهم و ذلك لتشجيعهم على التغيير . هناك إذن ، عمل نفسي ضروري قبل بدأ العلاج و ذلك لتطوير إدراكهم للمشاكل و لدوافعهم للتغيير . يمكن أن يرتكز هذا العمل مثلا على تقنيات المقابلة التحفيزية . لكنه أحيانا يكون عملا صعبا [1] .

---

3 – سير العلاج السلوكي المعرفي

العلاج السلوكي المعرفي يتبع بشكل عام دائما نفس التسلسل الذي سوف نقوم بشرحه الآن .

1. Pour en savoir plus, voir Miller W., Rollnik S. (2013). *L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement*, Paris, InterÉditions

3-1 المرحلة الأولى : التعارف

يقوم المعالج باستقبال المريض في مكتبه ، و يقدم نفسه (من هو ، وضعيته ، خدماته ...) ، يقدم للمريض إطار (زمن الحصص ، التكلفة المادية ، .....) و خصائص العلاج السلوكي المعرفي (علاج علمي ، مركز حول المشكل ، نشيط ، تعاوني ، و غيرها) . ولا يتردد في إعطاء أمثلة ملموسة حتى يحافظ على المريض مصغيا و مهتما . ثم يشرح كيف يسير العلاج ، و بشكل خاص كيف تسير المقابلات الأولى (أولا تحديد المشكل و تشخيصه ، ثم التحقق من أن العلاج السلوكي المعرفي صالح لمعالجة المشكل ، و نختم بتحديد الإستراتيجيات العلاجية) . تستغرق هذه الخطوة من 5 إلى 10 دقائق .

يجب أن يكون المعالج حريصا على يجعل المريض طرفا فاعلا ، و ذلك من خلال أسئلته (" هل تعرف العلاجات السلوكية المعرفية ؟ " ، " هل ما قلته لك ينطبق على ما كنت تتوقعه ؟ ") و من خلال سلوكاته (الإنفتاح ، التقبل ، الإهتمام ، الإحترافية ......) . في الواقع ، في نفس الوقت الذي يقوم فيه المعالج بتقديم المعلومات للمريض فإنه يحفز منذ البداية تكوين علاقة جيدة ، ضرورية لتحقيق فعالية العلاج . أي تكوين التحالف العلاجي (أنظر الجزء المخصص للتحالف العلاجي) .

3-2 المرحلة الثانية : جمع المعلومات و التشخيص

الهدف هنا مزدوج : من جهة تشكيل فكرة عامة حول وضعية المريض ، و من جهة أخرى إتباع سيرورة التشخيص الصارمة لتحديد ما هي المشاكل التي سنعالجها .

الهدف الأول نصل إليه بسؤال المريض حول عدة أبعاد نفسو- إجتماعية (العمل ، العائلة ، العلاقات الإجتماعية ، الحياة العاطفية ، الهواية ، .....) ، و أيضا بمعرفة السياق الذي تحدث فيه المشاكل ، و هذا ما يسمح بتحديد العناصر المسببة للقلق (في محيط المريض) و المصادر التي يتلقى منها الدعم (أي ما يريحه و يدعمه) ، و أيضا العواقب الإجتماعية لهذه المشاكل (الفصل من العمل ؟ حياة إجتماعية فقيرة ؟ نقص الشعور بالرضى ؟ مشاكل عائلية ؟ و غيرها) .

يسأل المعالج المريض أيضا حول المتابعة الطبية و النفسية التي تلقاها من قبل أو يتلقاها حاليا ، و يسأله أيضا عن تأثيراتها و رأيه حولها .

من المهم أيضا معرفة إذا كان المريض يتبع علاجا دوائيا حاليا (لأنه يمكن أن يؤثر على الجانب النفسي) و كذلك الأمراض العضوية الحالية و السابقة و التي يمكن أن يكون لها تأثير على الصعوبات النفسية للمريض .

الهدف الثاني (تشخيص المشاكل النفسية) يتم أيضا بلوغه عبر سؤال المريض حول الطلب أي حول ما يسبب له مشكلة ، و لكن هذه الطريقة يتم تدعيمها بالوسائل التشخيصية الموضوعية المقننة علميا (مثلا ، إستبيانات الإكتئاب ، القلق ، تأكيد الذات .....و المقابلات التشخيصية المعروفة و منها le MINI[1] ، le SCID[2] و le SIDP 4[3] ......و غيرها) و التي تسمح بالتحديد السريع للأعراض الإكلينيكية و الإضطرابات النفسو- مرضية . وسائل التقييم الإكلينيكي متعددة و يقوم المعالج باختيار ما يقدمه للمريض و ذلك على حسب الجانب الذي يريد استكشافه .

يجب على المعالج أن يكمل تشخيصه القاعدي باستكشاف دقيق للإضطراب إذا بدا له أن ذلك ضروري ، مثلا ، بمساعدة مقابلة le MINI التشخيصية يحدد المعالج وجود اضطراب القلق المعمم (هذه المقابلة موضوعة حسب معايير الدليل الإحصائي و التشخيصي الرابع DSM-4-R) إذا بدا له أنه من الأفضل أن يعرف المزيد عن هذا الإضطراب لدى المريض ، فإنه يمكن أن يقدم للمريض إستبيانات خاصة لتحديد شدة القلق أو نوع الخوف الذي يهيمن على المريض .

بفضل هذه المرحلة من العلاج سيكون لدى المعالج ما يكفي من العناصر لوضع وصف لصعوبات و مشاكل المريض و التي قد يتم معالجتها .

---

1. Mini International Neuro-Psychiatric Interview, Sheehan *et al.*, 1992.
2. Structured Clinical Interview for DSM-III-R, First *et al.*, 1995.
3. Structured Interview for DSM-IV, Pfohl *et al.*, 1997.

هذه المرحلة الثانية تستغرق أغلب وقت المقابلة الأولى و يمكن أن يتطلب الأمر إضافة مقابلتين أو ثلاث لإتمامها . سيرورة الإستكشاف و التشخيص هذه مهمة جدا لتعميق التحالف العلاجي ، لأن المعالج بواسطة إصغائه و انسجام تدخلاته ، يحفز المريض على التفاعل و يزيد لديه الرغبة في الفهم العميق لوضعيته ، في إطار من المشاركة الوجدانية بينهما .

ننوه أيضا بأن هذا التقييم الإكلينيكي يمثل خط البداية للعلاج ، بمعنى قياس الحالة الإبتدائية للمريض بحيث نستخدمها لتحديد وجود تقدم أثناء العلاج .

3-3 المرحلة الثالثة : النتيجة ، شرح المشاكل ، تحديد الأهداف

المرحلة الثالثة ترتكز على النتيجة التي يقدمها المعالج للمريض حول ما فهمه عن صعوباته و المشاكل التي حددها للعلاج . أولا ، يمكن للمعالج أن يتطرق إلى التشخيص الإكلينيكي الذي حدده مع التوضيح للمريض معنى المصطلحات التي يستخدمها (التي لا يفهمها المريض) ، و يقدم له أيضا – إن كان ذلك ضروريا – معلومات إضافية عن الإضطراب المشخص (نسبة انتشاره ، العلاجات الممكنة له ، التطور الممكن .....) .

بكل تأكيد ، فإن تبليغ التشخيص مباشرة للمريض في الإطار العلاجي يتطلب من جهة ، أن يكون التشخيص دقيقا و المعالج متأكد منه ، و من جهة أخرى أن يكون من المناسب تبليغه بهذه الطريقة (مباشرة) لهذا المريض و في هذا الوقت . مثلا ، تبليغ تشخيص أحد إضطرابات الحصر (الفوبيا نوبات الهلع ، ....) لا يمثل في الغالب مشكلة ، و لكن الأمر يختلف في حالة التشخيصات الثقيلة التي تتطلب متابعة طبية (مثل الإضطرابات الفصامية ، و إضطراب ثنائي القطب ....) .

في هذه الحالة الأخيرة ، من الأفضل و الأنفع العمل بالتنسيق مع الطبيب العقلي و ذلك من جهة ، لتأكيد التشخيص و من جهة أخرى لتسبيق التدخل الطبي أولا .

عندما يتم تبليغ التشخيص ، يمكن للمعالج أن يقترح على المريض مواد مقروءة (خاصة ، كتب المساعدة الذاتية self-help books التي هي كتب كتبها مختصون عن الإضطرابات بهدف تمكين المرضى من مساعدة أنفسهم بأنفسهم) .

المعلومات التي يقدمها المعالج يجب أن تكون مضبوطة و تحمل أملا واقعيا (أي هناك فعلا إمكانية للشفاء و ليس فقط تمنيات) . غالبا ، يكون المرضى مهتمين بهذه المعلومات التي تمكنهم من فهم و إدراك وجود إمكانية للحد من صعوباتهم و مشاكلهم .

بعد تبليغ التشخيص ، يمكن للمعالج أن يتطرق إلى المشاكل الأخرى التي حددها ، مثل الصعوبات الزواجية أو صعوبات في العمل . إن هذا الأمر أشبه بـ " وضع المشاكل على الطاولة " لكي تكون واضحة و لمعرفة هل كل من المعالج و المريض متفقان عليها . بعد هذا يسأل المعالج المريض " هل أنت موافق على الملخص الذي قدمته لك ؟ " ، و يسأله أيضا " هل تظن أنني قد نسيت شيئا؟"

يمكن للمعالج أيضا أن يتحدث عن الاشياء الإيجابية التي تحدث في حياة المفحوص ، لأنها قد تساهم في العلاج ، فمن النادر أن تجد شخصا حياته كلها سلبيات !

و أخيرا ، و انطلاقا من هذا ، يحدد كل من المعالج و المريض المشاكل التي لها الأولوية في العلاج أي أنهما يجيبان على سؤال : بماذا نبدأ ؟

حين يتم تحديد المشكل ، يجب أن يتفق المعالج و المريض حول الأهداف و الوسائل التي ستستخدم ، ولو بشكل تقريبي (عدد الحصص ، مراحل العلاج ، طبيعة التمارين المحتملة ، و غيرها) . إن هذا يسمى العقد العلاجي و يكون غالبا شفهيا ، و يعتبر بمثابة تعهد معنوي . أحيانا قد يكون العقد مكتوبا و موقعا و هذا لتعزيز إلتزام المريض (كونه مكتوبا و موقعا لا ينقص ذلك أبدا من قيمته المعنوية في العلاج النفسي ، لأنه لا تترتب عليه عقوبات قانونية في حالة المخالفة !)

هذه المرحلة الثالثة تستغرق من 10 إلى 15 دقيقة (هذا الرقم يعطى للقارئ فقط لكي يأخذ فكرة تقريبية ، و لكن في التطبيق ، تكون المدة مختلفة حسب الوضعية و حسب المريض) .

4-3 المرحلة الرابعة : التحليل الوظيفي

التحليل الوظيفي للمشكل (نقوم بإجراء التحليل الوظيفي لكل مشكل على حدة ، إذا كان لدينا عدة مشاكل) يسمح بتحليل المشكل (التاريخ ، المدة ، التكرار ، الشدة ، النتائج ......) و توضيح

العناصر الفاعلة فيه أثناء حدوثه و خاصة ، **الوضعيات** التي يحدث فيها ، **الإنفعالات** المرتبطة به ، **الأفكار** (خاصة الأفكار الآلية) و **السلوكات** التي يقوم بها المريض أثناء المشكل .

يتم فعل هذا عادة بالإستعانة بأنواع من الجداول و الشبكات التي يستخدمها المعالجون السلوكيون المعرفيون ، و تتضمن كل هذه العناصر السابقة ، حيث يقوم المريض بملأها بمساعدة من المعالج (مثلا شبكة SECCA لـ J.Cottraux ، و شبكة SORC لـ Kanfer et Saslow ، و شبكة BASIC IDEA لـ Lazarus) .

عندما ننتهي من تحديد هذه العناصر ، يجب مناقشة التفاعلات القائمة بينها . مثلا ، بشكل مختصر : " يبدو أنه حين يكون لديك ملف لمعالجته في العمل (**الوضعية**) ، تقول لنفسك " لن أنجح في هذا ، أنا لست في المستوى " (**الفكرة الآلية**) ، و هذا يفجر لديك القلق و الحزن الشديد (**الإنفعال**) ، و هذا ما يؤدي بك إلى فقدان الشجاعة و عدم معالجة الملف (**السلوك**) . و هو ما يعزز بدوره الأفكار الآلية السابقة . يتبين لنا أنك تدور في حلقة مفرغة ، أليس كذلك ؟ هل هذا ينطبق فعلا على ما تعيشه و تشعر به ؟ " .

فائدة التحليل الوظيفي هي فائدة ثلاثية : تسمح للمريض بالإستبصار و الوعي بعناصر مشكلته بدقة. إنها خطوة تعزز فهم المريض لمشكلته ، و بالتالي تعزز قدرته على التحكم فيها .

و تسمح أيضا للمعالج بالفهم الجيد للدينامية الداخلية للمشكل و تحديد كيفية حدوثه و العناصر التي تدعمه و تعمل على استمراره ، و ذلك من أجل تسيير أفضل للعلاج .

أخيرا ، التحليل الوظيفي هونقطة إنطلاق العلاج ، لأنه يسمح بتحديد العناصر التي سيتم العمل عليها و الإستراتيجيات العلاجية . و لهذا فالتحليل الوظيفي ضروري و لابد منه في العلاجات السلوكية المعرفية .

بعد إجراء التحليل الوظيفي ، يمكن للمعالج و المريض أن يحددا على سبيل المثال ، إذا كان من الأفضل العمل على الأفكار أو على الإنفعالات أو على السلوكات و بأي واحدة يبدآن .

يمكن أن يستغرق التحليل الوظيفي من حصة إلى 3 حصص و ذلك حسب الوضعية . يجب أن ننبه أنه في المراحل اللاحقة يمكن أن يتغير التحليل الوظيفي و ذلك حسب طبيعة العناصر التي تظهر أثناء العلاج .

5-3 المرحلة الخامسة : تحديد و تطبيق الإستراتيجية العلاجية

يرتبط هذا بكل تأكيد بالمشكل الذي سوف نعالجه . الإستراتيجيات العلاجية و التقنيات ليست نفسها دائما بل تتغير حسب المشكل الذي سوف نعالجه ، سواء كان إضطراب إكتئابي ، إضطراب الهلع ، رهاب بسيط ، الإدمان ، عجز في تأكيد الذات ، تقدير ذات منخفض ، و غيرها . و لكن على الرغم من ذلك ، هناك هيكل مشترك و مبادئ مشتركة بين جميع الإستراتيجيات العلاجية السلوكية المعرفية تقريبا .

أولا ، السيرورة العلاجية تسير ، خطوة بخطوة ، وفق التسلسل التالي : **الفرضية** (" من الممكن أن يكون القلق الذي تشعر به مرتبطا بشكل كبير بهذه الفكرة الآلية ") ، منهجية **للتحقق من الفرضية** (" يمكننا أن نعمل على هذه الفكرة الآلية لنعرف ما إذا كانت واقعية و ما إذا كان العمل عليها سيخفف من قلقك ") ، **إختبار الفرضية** (تطبيق التقنية العلاجية بهدف التحقق من الفرضية) ، النتيجة (بعد التطبيق ، ما هي شدة القلق الذي تشعر به ؟ طبق هذا التمرين في المنزل و لاحظ إن كان هناك تحسن) ثم **الإستخلاص** (" مالذي توصلت إليه ؟ ما رأيك فيه ؟ هل يعني هذا أننا سنواصل في هذا الإتجاه أم لا ؟ ") .

و أيضا ، **تستخدم جميع الإستراتيجيات العلاجية السلوكية المعرفية تقنيات متعددة** منها التقنيات المعرفية ، السلوكية ، الجسدية (الإسترخاء) و الإنفعالية . العلاج السلوكي المعرفي يتميز بالتفاعل حتى في تطبيقاته (تفاعل التقنيات السلوكية و المعرفية و الجسدية و .....) ، و نادرا ما نجد علاجا سلوكيا معرفيا يستخدم نوعا واحدا فقط من التقنيات . على سبيل المثال ، يكون من الأفضل أحيانا أن نبدأ بالأساليب المعرفية بهدف تغيير الأفكار اللاتكيفية التي تسبب تفاقم الإضطراب .

فالمريض الذي يكون مقتنعا أنه إذا قام بلمس شيء غير معقم ، فإنه سيموت بمرض معدي ، سيكون من الصعب عليه تطبيق تمارين التعريض التي هي تمارين سلوكية ، و لهذا فقد يكون من المناسب

أكثر أن نبدأ أولا بجعل المريض يدرك الجوانب الاعقلانية من هذه الأفكار و توجيهه نحو إيجاد أفكار أكثر عقلانية و واقعية (أفكار بديلة) ، ثم نكمل هذا العمل بالتقنيات السلوكية (مثل التعريض ، تأكيد الذات ، ....) . بالإضافة إلى هذا ، بعد تطبيق تقنية سلوكية يطلب المعالج من المريض التفكير في تأثيرات هذه التقنية على أفكاره (هل غيرت هذه التقنية أو التجربة رأيك ؟ ما استنتجت منها ؟) .

جانب آخر مشترك بين جميع الإستراتيجيات العلاجية السلوكية المعرفية و هو **التقييم المنتظم لتقدم المريض** . في أوقات محددة ، يقترح المعالج على المريض أن يقوم بإعادة ملأ الإستبيانات التي ملأها في بداية العلاج (للقيام بالمقارنة) .

المقارنة بين النتائج الحالية مع النتائج الأولية يسمح بالتحديد الدقيق لتقدم المريض (تحسن ، ثبات أم تدهور ؟) . هذه القياسات الموضوعية تكمل (ولا تعوض) الإنطباعات الذاتية للمريض و المعالج (أي انطباعاتهما الذاتية حول التقدم) . من جهة أخرى ، في نهاية العلاج يقوم كل من المعالج و المريض بعرض النتائج النهائية للعلاج و تحديد الجوانب التي تحسن فيها المريض .

إذا ظهر أثناء علاجنا للمشكل مشكل آخر (مشكل لم يظهر في التشخيص الأولي أو مشكل تحدث عنه المريض خلال العلاج ، و تكون أحيانا مشاكل حميمية كالمشاكل الجنسية) و المريض يريد أن يعالجه ، فإن المعالج عليه أن يطبق التحليل الوظيفي على المشكل الجديد و يستأنف سير العلاج من جديد آخذا المشكل الجديد بعين الإعتبار .

و حين تنتهي المشاكل التي يجب معالجتها ، ينتهي العلاج .

6-3 المرحلة السادسة : نهاية العلاج ، تجنب الإنتكاسات

إنهاء العلاج يتضمن إعادة إستحضار كل ما تم القيام به خلال العلاج و توضيح تطور المريض بكيفية تجعله يفهم جيدا وضعيته الحالية . من المهم التزام الدقة و الصرامة في هذا التقييم ، باستخدام نفس المقاييس التي تم استخدامها في القياس الأولي و ذلك لكي يدرك المريض بشكل واضح مقدار تقدمه و يدرك أيضا الجوانب التي مازالت ضعيفة و هشة .

من جهة أخرى ، و في غالبية الأحيان ، يقترح المعالج على المريض مقابلات متابعة يكون التباعد بينها كبيرا قليلا (من شهر إلى عدة أشهر، و ذلك حسب الوضعية) لكي يتمكن كل من المعالج و المريض من معرفة ما إذا كان التحسن المحقق مستمرا ، و يتزايد مع الزمن ، أم لا ، و يتمكنا أيضا من فهم أسباب عدم استمرار التحسن (إذا لم يستمر) .

من الأهداف المهمة للعلاجات السلوكية المعرفية هو منح المريض القدرة على التحكم في اضطرابه بنفسه . بمعنى منحه الوسائل اللازمة لتسيير اضطراباته بنفسه في حالة الإنتكاس : القدرة على تحديدها (الإضطرابات) و القدرة على التعامل الجيد معها ، و إذا لم يكن هذا كافيا ، القدرة على طلب المساعدة من مختص في الوقت المناسب ، دون مماطلة .

و لكي يتحقق هذا ، يجب أن يكون العلاج في إطار علاقة تعاون بين المعالج و المريض ، معالج يقوم بمشاركة معرفته و تقنياته مع مريض متحفز لتطبيقها و مقتنع بفائدتها .

قد يكون أيضا من المفيد في نهاية العلاج ، أن ننشأ بالتعاون مع المريض ملخصا (في شكل كتيب صغير مثلا) يتضمن ما يجب فعله في حالة الإنتكاسة ، كيف يحدد العلامات التي تسبق الدخول في الإضطراب ، و كيف يعيد استعمال التقنيات العلاجية و يطبقها بنفسه دون مساعدة .

أخيرا ، حتى حين ينتهي العلاج ، يبقى المعالج دائما في الخدمة إذا احتاج المريض أية مساعدة .

4- التحالف العلاجي

مهما كانت سيرورة العلاج و تقنياته مثالية فإنه بدون التحالف العلاجي أي علاقة الثقة بين المعالج و المريض ، فإنه (مهما كان نوعه) سيفقد جزءا كبيرا من فعاليته .

التحالف العلاجي يجب أن يرافق سير العلاج النفسي منذ البداية حتى النهاية . و هذا ينطبق على العلاجات السلوكية المعرفية .

1-4 عامل أساسي في الفعالية

يمكن للمعالج أن يطبق سيرورة العلاج ، أن يعرف جميع الإستراتيجيات و التقنيات العلاجية بأدق تفاصيلها ، و لكن بدون تحالف علاجي جيد بينه و بين المريض فإن كل هذا سيكون قليل أو حتى منعدم الفعالية .

العلاج النفسي مؤسس بشكل أساسي على العلاقة . كما رأينا في الفصل الأول (هل العلاجات السلوكية المعرفية فعالة ؟) ، فإن التحالف العلاجي هو أهم عامل يمكننا من التنبؤ بفعالية العلاج النفسي .

يتم إنشاء التحالف العلاجي منذ اللحظات الأولى للعلاج و يجب أن يتم صيانته و إصلاحه طوال العلاج و حتى بعد نهاية العلاج (حيث يبقى المعالج متوفرا دائما لمساعدة المريض وقت الحاجة) .

2-4 قصة طويلة

لقد بدأت أولا مع التحليل النفسي ، مع " فرويد " و مصطلحات التحويل / التحويل المضاد ، و كان ذلك في بديات القرن العشرين أين تم إدراج العلاقة العلاجية بين المعالج و مريضه و ظهرت فائدتها الكبيرة في العلاج . بعد ذلك ، في سنة 1956 ، استخدم مصطلح " التحالف العلاجي " لأول مرة من طرف Zetzel . و لكن المؤلف الذي تميز بمصطلح التحالف العلاجي هو " كارل روجرز " C . Rogers وذلك من خلال ما أسماه " علاقة المساعدة " و التي بين أنها ضرورية و كافية لتحقيق الفعالية العلاجية .

على الرغم من ذلك ، بينت دراسات لاحقة أنها ضرورية و لكنها ليست كافية . في السنوات اللاحقة جاء " لوبورسكي " Luborsky بتصور جديد لهذا المفهوم ، و اقترح مصطلح " التحالف المساعد " ثم قام " غيتسون " Getson ، في سنوات التسعينات ، بدراسات موسعة حول هذا الموضوع و بين المفاهيم المختلفة للتحالف . منذ عدة عقود أصبح التحالف العلاجي موضوعا للعديد من الدراسات ، و التي أجمعت كلها على أهميته كعامل مهم في فعالية العلاجات النفسية .

3-4 مساهمات فرويد و روجرز

في النظرية التحليلية لـ " فرويد " ، العلاقة هي قلب العلاج . لدرجة أن هدف العلاج هو تحليل هذه العلاقة ، و صياغتها في شكل " تحويل " . التحويل هو قيام المريض – في إطار العلاقة مع المحلل- بتكرار (بشكل لا واعي) العلاقات مع الموضوع التي كان يقيمها في طفولته (علاقات الحب و الكره نحو الأهل) . إذن ، فإن تحليل التحويل يكون بتحليل العلاقات الوجدانية المكبوتة في الطفولة الأولى و التي تظهر في العلاقة العلاجية .

بالنسبة لـ " كارل روجرز " ، يجب أن يلتزم المعالج في إطار علاقة المساعدة بالمشاركة الوجدانية، المصداقية أو التوافق[1] و الحماس . يجب أن يتصف المعالج أيضا بالتقبل اللامشروط للوضع النفسي للمريض . هذه الخصائص العلائقية كافية لدعم دينامية الإنجاز لدى الشخص ، و هي الدينامية التي عرقلتها الصعوبات النفسية .

هذان التعريفان مازال لهما تأثير على التصورات الحالية للتحالف العلاجي ، حيث أن العلاقة بين المريض و المعالج غير منفصلة عن الخبرات العلائقية السابقة لكل منهما (ليس كل شيء مرتبطا بالحاضر) هذا من جهة ، و من جهة أخرى ، خصائص و صفات المعالج التي طورها " روجرز " تطبق حتى يومنا هذا .

4-4 التعريفات الحالية

لقد تطور مفهوم التحالف العلاجي منذ سنوات الخمسينيات . حاليا ، بالإعتماد على ما تم تقديمه نستطيع أن نقول بأن التحالف العلاجي يقوم على :

- جودة العلاقة معالج / مريض ، و هذا مرتبط بسلوك المعالج (الحماس ، المشاركة الوجدانية الإحترافية ، ......) ، و مرتبط أيضا بسلوك المريض (الدافعية ، الإيمان بالعلاج ، الإلتزام ، القابلية للإستفادة من العلاج .....) .

- البعد العاطفي لهذه العلاقة (الطرفان يقدران بعضهما البعض ، حيث أن المريض يحس أنه يتلقى المساعدة و الدعم ، و المعالج يكون متقبلا و متحمسا أثناء العلاج) .

- إتفاق المعالج و المريض حول أهداف العلاج .

- إتفاق المعالج و المريض حول الكيفية التي يسير بها العلاج (التمارين المطبقة ، التقنيات المستعملة ، ......) .

4-5 بناؤه و صيانته في العلاج السلوكي المعرفي

تقترح العلاجات السلوكية المعرفية نوعا من التحالف العلاجي ، حيث يتضمن من ناحية المعالج ، التقبل ، المصداقية ، الحماس ، المشاركة الوجدانية ، الحيوية ، الإبداع ، التشاور ......و من ناحية المريض ، الإحترام ، الثقة ، الإلتزام ، النشاط ، تقديم رأيه ....

إنه عبارة عن " علاقة تعاونية " ، أي بمعنى أن المريض و المعالج يعملان معا بهدف تحسين صعوبات المريض . يكون الحوار فيها كثيرا و مباشرا ، يقوم خلاله كل منهما بتقديم رأيه وطلب رأي الآخر و الإستماع له .....و تكون الثقة فيها أمرا أساسيا .

يتم طلب رأي المريض دائما (" ما رأيك ؟ " " هل أنت موافق على هذا الإقتراح ؟ " ، " هل تفهم ما أقصده ؟ ") .

لا يتوانى المعالج السلوكي المعرفي في مناقشة الفرضيات و الإقتراحات مع المريض ، و ذلك لأخذ رأي المريض بعين الإعتبار . يقوم المعالج بشكل منتظم بطلب رأي المريض (التغذية الراجعة) حول العلاج الحالي و حول التقنيات المستخدمة (" هل يمكنك أن تخبرني ما الذي ساعدك أكثر في هذه الحصة ؟ " ، " هل هناك أشياء أزعجتك ؟ ") . إنه أسلوب للتحقق من أن المعالج و المريض متفقان خطوات و أهداف العلاج ، و تعديل هذه الخطوات و الأهداف إن تطلب الأمر .

كل هذا يساهم في إنشاء و استمرارية التحالف العلاجي الجيد .

4-6 إعادة بنائه إذا كان ذلك ضروريا

حتى عندما يكون التحالف العلاجي جيدا في البداية ، يمكن أن يكون من الصعب أن يستمر . يمكن أن يكون هذا بسبب المعالج الذي قد يسلك سلوكا خاطئا في لحظة ما ، أو بسبب المريض الذي قد

تعيقه شخصيته عن إقامة علاقة ثقة مع المعالج ، أو حتى بسبب العلاج في حد ذاته و ذلك حين لا يظهر أي تحسن ، مما يؤثر على درجة إلتزام كل من المريض و المعالج ...... يمكن إذن أن يتضرر التحالف العلاجي ، و لكن في الغالب نستطيع إصلاحه .

إصلاح التحالف العلاجي المتضرر

الخطوة الأولى من الإصلاح : تحديد ما إذا كان التحالف متضررا .

الخطوة الثانية : تحديد أسباب هذا الضرر (غياب الإلتزام ، الوقت ، التحسن ؟ غياب الإتفاق حول الأهداف ؟ حول الخطوات ؟ ردة فعل سيئة قام بها المعالج ؟ مقاومة المريض ؟) .

الخطوة الثالثة : الحديث حول الموضوع مع المريض (" أشعر بأنك أقل التزاما بالعلاج حاليا ....." ، " أشعر و كأنك متحفظ و تبقي دائما مسافة بيننا ....") و مناقشته فيما يفترض أنه السبب في هذا التضرر (" في المرة السابقة ، أظن بأنني أجبرتك على تطبيق تقنية معينة ..... لم آخذ بعين الإعتبار الصعوبات التي تعاني منها . ما رأيك أنت ؟ ") .

الخطوة الرابعة : العمل معا على إيجاد حل و تطبيقه (" إذا حدث هذا الأمر مرة أخرى ، أخبرني دون تردد " ، " حاليا سنترك هذه التقنية جانبا " ، " حسنا ، سوف نهتم بدلا من ذلك بهذه المشكلة الجديدة التي ظهرت لديك ")

7-4 مفعول وهمي في العلاج النفسي ؟

إذا كانت العلاقة العلاجية بهذه الأهمية (حتى أنها أهم من التقنيات العلاجية) ، فهل يعني هذا أن فعالية العلاج النفسي مرتبطة بالمفعول الوهمي (أي بمعنى أنها مرتبطة بعناصر ذاتية و تصورية لدي المعالج و المريض مثل : الإيمان بالنتائج و بالأساليب و ذلك في إطار علاقة ثقة قوية) و ليست مرتبطة بعناصر موضوعية راجعة إلى التقنيات العلاجية ؟

بدون شك ، المفعول الوهمي هو عامل مهم بكل تأكيد في العلاج النفسي ، و لكنه في نفس الوقت صعب التحديد و القياس .

إذا افترضنا أن الإجابة على السؤال السابق هي نعم ، المفعول الوهمي عامل مهم (إلى جانب عوامل أخرى) في العلاج النفسي، فماذا بعد ؟ كيف سيتحول إلى مشكلة إن كان يساعد في العلاج ؟

تطوير قدرة المريض على علاج نفسه ، إلى أقصى درجة ممكنة بواسطة تأثير التصور ، و في إطار علاقة من الثقة المتبادلة ، و ذلك لمساعدته في كل مرة على التحسن أو حتى الشفاء ، ألا تعد هذه استراتيجية فعالة بدلا من كونها خطيرة ؟

في هذه الحالة يكون من الجيد تواجد المفعول الوهمي .

على الرغم من أن الأبحاث العلمية في مجال العلاج النفسي حددت بشكل دقيق هذه الظاهرة و تمكنت من عزلها بهدف تمييز العناصر التي تساهم في فعالية العلاجات النفسية إلا أنه حين نطبق العلاج على شخص معين فإنه ليس من الممكن دائما ، و ليس من المفيد بالضرورة ، أن نميز العناصر التي كانت فعالة في العلاج من التي لم تكن كذلك .

لقد رأينا السير أو التسلسل العام للعلاج المعرفي السلوكي و ركزنا على أهمية التحالف العلاجي . لكن العلاج المعرفي السلوكي متكون أيضا من عدد من التقنيات العلاجية التي يتم تطبيقها خلال العلاج .

من أهم ما يميز العلاجات السلوكية المعرفية عن باقي العلاجات هو تعدد و فعالية هذه التقنيات العلاجية .

5- التقنيات الأساسية في العلاج السلوكي المعرفي

تتضمن العلاجات السلوكية المعرفية مجموعة كبيرة ، و تبدو للوهلة الأولى غير متجانسة ، من التقنيات العلاجية .

هذه التقنيات تمثل – نوعا ما – أدوات التدخل خلال العلاج المعرفي السلوكي . المعالج يجب أن يتحكم في عدد كبير من هذه التقنيات ليكون قادرا على استعمالها بطريقة مناسبة لصعوبات المريض

و تكييفها مع شخصيته . هذه التقنيات يمكن نوعا ما تقسيمها إلى أربع فئات كبيرة (التقنيات السلوكية ، المعرفية ، الإنفعالية ، الجسدية) .

رغم أن هذا التصنيف محدود قليلا ، لأن كل تقنية تؤثر على الشخص بشكل عام من جميع الجوانب و لها تأثير على الحالة النفسية العامة للشخص ، إلا أننا و من باب التوضيح سنتبع هذا التصنيف خلال تقديمنا للتقنيات الأساسية للعلاج السلوكي المعرفي .

من المهم التنويه هنا إلى أنه يجب على المعالج أن يحاول – قدر المستطاع – أن يبني العلاج وفق استراتيجية علاجية مبنية مسبقا و التي أثبتت فعاليتها ، بحيث تتضمن تقنيات علاجية مرتبة في تسلسل معين ، بما يناسب الصعوبات التي يعاني منها المريض .

في الجزء التالي من هذا الفصل ، و بعد تقديم التقنيات العلاجية سوف نتطرق إلى بعض الإستراتيجيات العلاجية المعتادة و التي يتم استخدامها لعلاج الإضطرابات البارزة .

لا يكون اختيار التقنيات و ترتيبها عن طريق الصدفة ، و لايتم تطبيقها بطريقة عشوائية بل يجب الإلتزام بأساليب و طرق محددة و ذلك لنتجنب أن تصبح التقنية بدون فعالية أو حتى ضارة في بعض الأحيان .

1-5 التقنيات السلوكية

التقنيات السلوكية هي التقنيات الأقدم من الناحية التاريخية . نستطيع تقسيمها إلى فئتين كبيرتين : التقنيات التي بنيت على مبادئ التعويد (تقنيات التعريض) و التقنيات المبنية على تعلم السلوكات الجديدة .

التعويد و التعريض

التعويد هو أساس تقنيات التعريض ، يمكننا حتى أن نقول بأن التعويد هو أساس جميع التقنيات العلاجية بما فيها المعرفية و الإنفعالية ، و لكن هذا أمر آخر و لن نناقشه الآن ....

التعويد ، هو مصطلح خاص بنظريات التعلم الإجرائي (بافلوف) ، و يعني أن إستجابة ما (القلق مثلا) لمثير معين (مثلا : العصافير في حالة رهاب الطيور) تميل إلى التناقص و حتى إلى الإختفاء كليا (الإنطفاء) عندما يتم التعرض للمثير بشكل متكرر و لمدة طويلة .

بطريقة ما تقوم العضوية و بشكل طبيعي بإنتاج إستجابة أقل شدة أو حتى إختفاء الإستجابة في أفضل الحالات . نقول أيضا بأن الشخص قد تمت إزالة حساسيته .

إجراء مواجهة مستمرة و متكررة بطريقة منتظمة بين المثير المسبب للإستجابة المرضية و الشخص الذي يقوم بهذه الإستجابة ، بهدف الوصول للتعويد و زوال الحساسية ، هو ما نسميه تقنيات التعريض .

هذه التقنيات ترتكز بشكل أساسي على تمكين المريض ، حين تطبق في شروط جيدة ، من التغلب على سلوك التجنب ، و ذلك لتحقيق التعود (لأن التجنب يعيق التعود) . تقنيات التعريض تتضمن عدة أنواع ، و لكن تطبيقها يجب أن يخضع لعدة شروط محددة يجب على المعالج أن يحترمها قدر المستطاع :

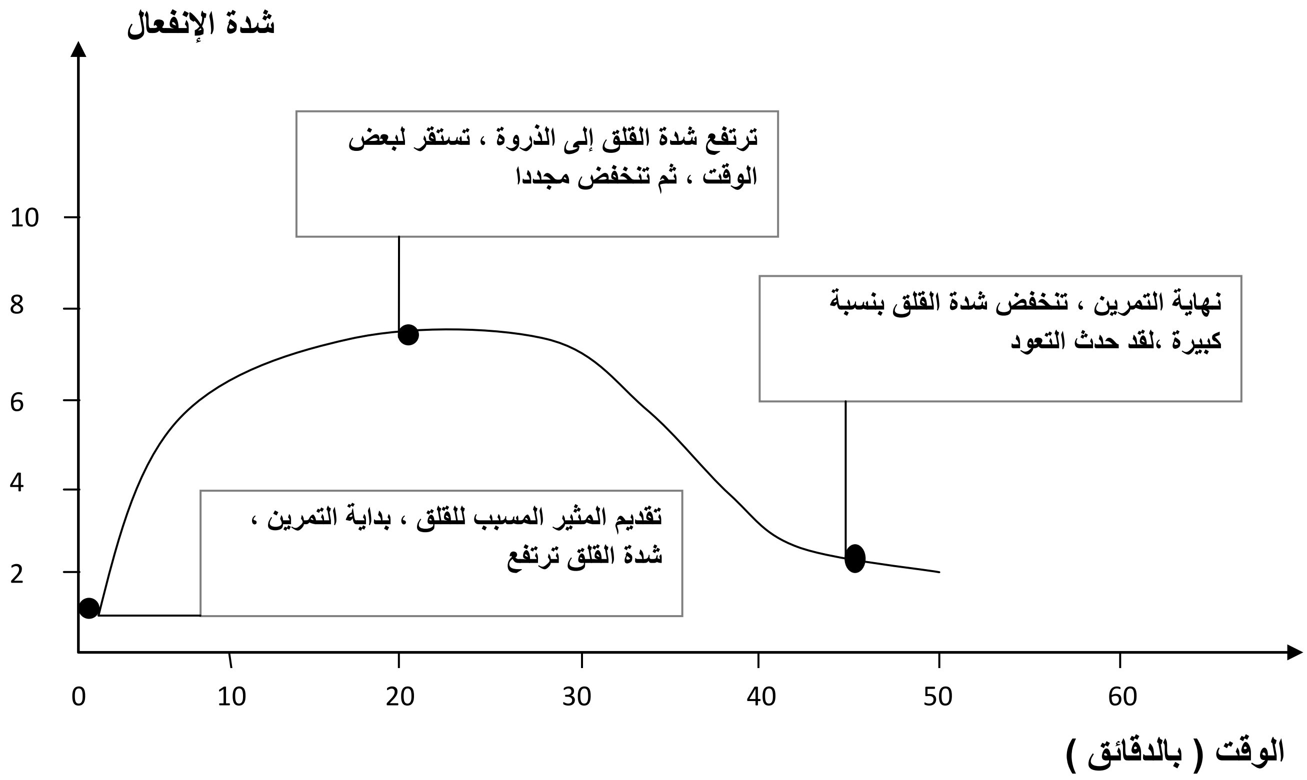
- التعريض يجب أن يكون **متدرجا** ، أي بمعنى أنه يجب أن يبدأ بمثير يسبب إستجابة قلق متوسطة الشدة (5 أو 6 على سلم من 10) ، ثم يتبعه التعرض للمثيرات التي تسبب إستجابة شديدة أكثر فأكثر (إذا تم تجاوز المثيرات الأولى بنجاح فإن شدة الإستجابة التي تسببها المثيرات اللاحقة ستنقص تلقائيا بفعل تأثير كرة الثلج (تأثير التراكم)) .

- التعريض يجب أن يكون **مطولا** ، أي أنه يجب أن يدوم مدة كافية لحدوث التعود ، و يمكن أن يستغرق 10 دقائق ، 40 دقيقة أو حتى ساعة أو أكثر . يتم إيقاف التعريض حين تنخفض شدة القلق إلى حوالي نصف شدتها الإبتدائية .

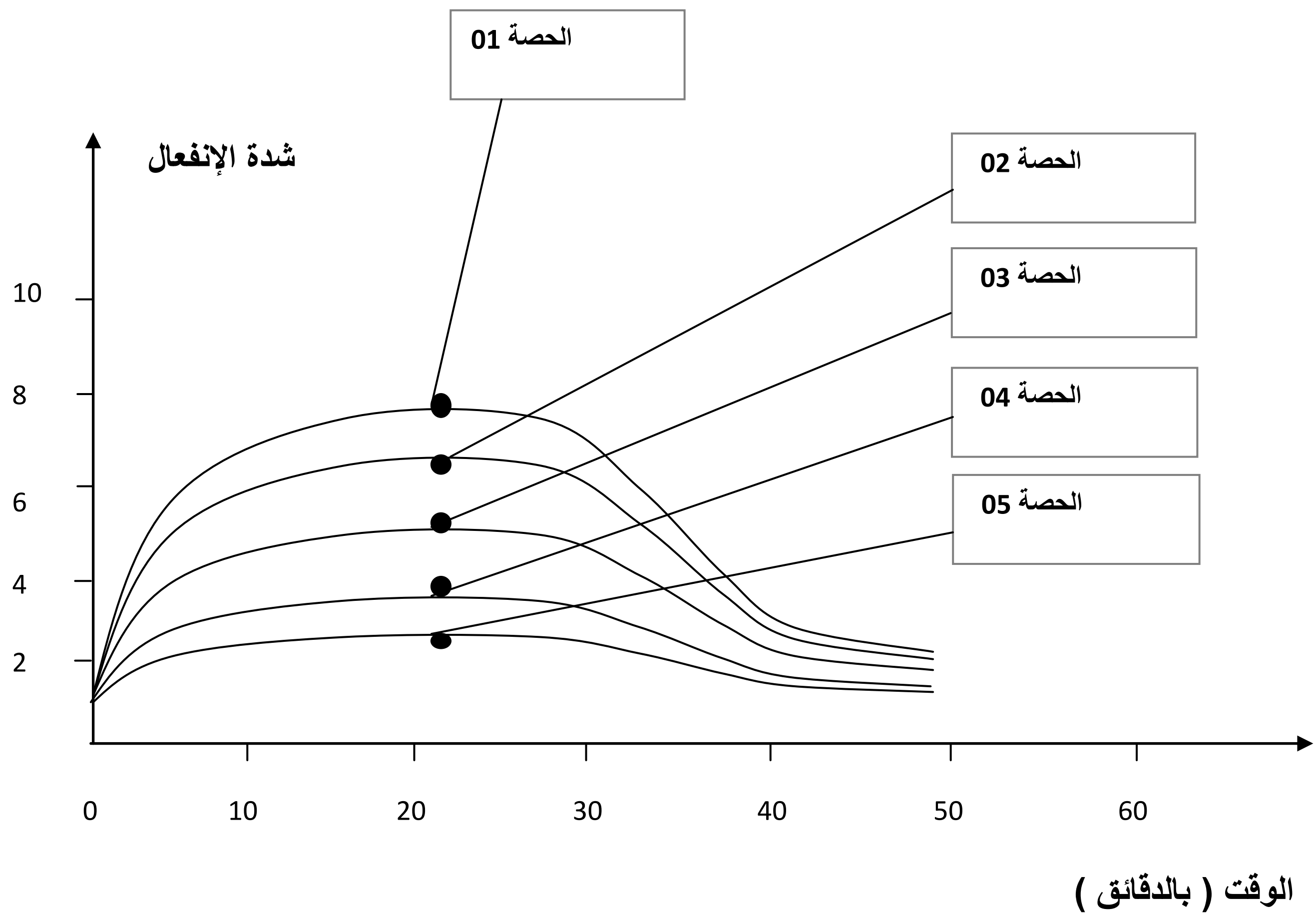
- التعريض يجب أن يكون **كاملا** ، أي بمعنى أن الشخص يجب أن يبقى مركزا على الوضعية المسببة للقلق و أن لا يتجنبها بأي طريقة مهما كانت (التفكير في أشياء أخرى ، النظر في اتجاه آخر ، عزل إستجابته الإنفعالية .....) . كما يجب أن يخضع المريض لتحضير جيد قبل إجراء تمرين التعريض .

- التعريض يجب أن يكون **متكررا** : مرة واحدة لا تكفي ، يجب إذا تكرار تمرين التعريض خلال الحصص ، حتى تنخفض شدة الإستجابة ، ثم ننتقل إلى وضعية أو مثير آخر .

التكرار يمكن أن يكون مع المعالج داخل أو خارج العيادة ، و لكن في غالبية الاحيان ، و بعد حصة التعريض الأولى يتشجع المريض و يعيد تطبيق التمرين بنفسه في منزله (أو المكان الذي تحدث في الوضعية المسببة للقلق) دون تدخل المعالج .



منحنى القلق خلال حصة التعريض



تطور منحنى القلق مع تكرار حصص التعريض

5-1-1 الأنواع الأساسية للتعريض

إزالة الحساسية المنتظم بواسطة الكف المتبادل ، و هو تمرين تعريض يقوم خلاله المريض بتطبيق الإسترخاء أولا قبل التعرض للوضعية المسببة للقلق ، بحيث " تتعلم " عضويته الربط بين حالة الإسترخاء و الوضعية المسببة للقلق (بحيث أن الهدف هو أن تصبح الوضعية مرتبطة بالإسترخاء و ليس بالقلق) .

زيادة على تحقيق التعويد الذي هو الهدف الرئيسي ، تهدف هذه التقنية إلى إحداث الإشراط المضاد و ذلك بواسطة التزامن (و بكلمات واضحة : أنه يتم إحداث حالة الإسترخاء بالتزامن مع الوضعية

المسببة للقلق لإشراط أو لربط إستجابة الإسترخاء بالوضعية ، أي إحلال إستجابة الإسترخاء بدلا من إستجابة القلق) .

الغمر ، وهو تقنية تعريض تكون أسرع من التقنيات الأخرى و لكنها تطبق بحذر شديد ، لأنها ترتكز على وضع المريض مباشرة في الوضعية التي تسبب أكبر شدة للقلق (سواء واقعيا أو خياليا) ثم نترك ميكانيزمات التعود و الإنطفاء تعمل عملها إلى أن تنخفض شدة القلق .

على الرغم من ذلك ، فإن الحذر مطلوب ، لأن المريض في وضعية القلق الشديد ، قد لا يستطيع التحمل و يتوقف حتى عن العلاج . إذا لم يتم تطبيق تقنية التعريض بواسطة الغمر بطريقة صحيحة تجعلها علاجية ، فستساهم في تفاقم حساسية المريض للمثير المسبب للقلق و بالتالي تصبح مرضية.

و لكن في حالة النجاح ، يمكن لها أن تكون فعالة جدا ، إنها إذن تستعمل فقط في حالات خاصة (مثلا ضيق الوقت أو شدة القلق تكون معتدلة) .

التعريض المتدرج ، هي الأكثر استعمالا . بعكس إزالة الحساسية المنتظم ، لا يكون المريض بالضرورة في حالة استرخاء ، بل عليه ببساطة أن يبقى واعيا بتطور القلق لديه (يعيش الوضعية بشكل كامل) .

نطلب منه أن يسلك سلوك الملاحظ ، و تكون البداية بوضعيات ذات شدة قلق ضعيفة ، ثم المعتدلة ثم الشديدة . و هذا يحد من خطر زيادة الحساسية بسبب نجاح الخطوات السابقة ، ويرفع من فرص نجاح الخطوات اللاحقة . هذه الدينامية ترفع من ثقة المريض في التقنية (بسبب التعزيز الإيجابي) و تعزز ثقته كذلك في التحالف العلاجي (الثقة في احترافية المعالج) .

من المناسب إذن ، و قبل بداية التمرين ، قيام المريض بترتيب الوضعيات المسببة للقلق حسب شدة القلق ، لتحديد أيها سيكون هدفا للتعريض و بأي ترتيب .

مثال عن ترتيب الوضعيات المسببة للقلق في حالة إضطراب الهلع المصحوب برهاب الأماكن المفتوحة

القلق يتم تقييمه على 100 ، حيث 100 هي أقصى درجة

الخروج من المنزل = 10

الدخول إلى متجر فيه عدد قليل من الناس = 20

الركوب في القطار = 35

الدخول إلى متجر فيه عدد كبير من الناس = 55

ركوب القطار في ساعات الذروة = 55

ركوب السيارة في باريس = 65 (30 في الضواحي)

في الطريق السريع = 65

الدخول في نفق طويل (أكثر من 100 متر) = 80

ركوب الطائرة = 80

ركوب المصعد = 80

إستراتيجية التعريض يمكن مثلا ، بعد موافقة المريض ، أن تبدأ بالتعريض الحقيقي بالنسبة للوضعيات الأقل تسببا في القلق و ذلك ليتمكن المريض من ملاحظة انخفاض القلق (مثلا ، الجلوس على مقعد في الشارع أو الذهاب إلى مركز تجاري لا يقبل عليه الناس بكثرة) ثم بعد ذلك ، بالنسبة للوضعيات الأكثر تسببا في القلق ، القيام بالتعريض الخيالي (بواسطة الصور ، الفيديوهات ، ......) و ذلك في مكتب المعالج ، مما يسمح بتخفيض إستجابة القلق و ذلك لتحضير المريض لاستراتيجية تعريض حقيقي (مثلا ، أولا ، الجلوس في إحدى عربات القطار في الأوقات التي تتميز بحركية قليلة ، و البقاء حتى ينخفض القلق ، ثم تنفيذ نفس التمرين في ساعات الذروة) .

إنه من الممكن ، و حسب الوضعية ، أن يرافق المعالج المريض في الواقع لمساعدته على إتمام التمرين (مثلا في وضعية المصعد) .

هناك نوعان من التعريض المتدرج ، المتعلق بالوضعيات الواقعية (التعريض الحقيقي) ، و المتعلق بالوضعيات التي نطلب من المريض تخيلها (التعريض الخيالي) . في حالة التعريض الخيالي ، التعريض يكون غالبا أسهل على المريض (لأن الوضعية ليست حقيقية) . التعريض الخيالي مناسب أيضا لبداية علاج الوضعيات الواقعية التي لا يمكن التعرض لها في عيادة المعالج (السباحة ، الطائرة ، القطار .....) . إنه من الممكن إذن الجمع بين هذين النوعين من التعريض .

على كل حال ، إستراتيجية التعريض الناجحة يجب أن تقود المريض بشكل متدرج إلى القدرة على التعرض للوضعية الأشد قلقا بالنسبة له (ركوب الطائرة ، عبور الجسر ، و غيرها) .

2-1-5 تقنيات التعريض الخاصة

التعريض مع منع الإستجابة ، و تتمثل في استراتيجية تعريض عادية ، و لكن نطلب فيها من المريض أن لا يقوم بالسلوكات (الجسدية و العقلية) التي يقوم بها لمواجهة القلق (أي استجابته للقلق ، أفعاله القهرية ...) . هذه التقنية مناسبة جدا في حالة اضطرابات الوسواس القهري ، حيث تهدف فيها الأفعال القهرية إلى تخفيض القلق الذي تنتجه الوساوس (مثال عن الوساوس : "سألتقط ميكروبات و أمراضا مميتة " ، و هو ما يسبب القلق الذي يؤدي بالشخص إلى سلوكات قهرية مثل غسل اليدين 40 مرة في اليوم . التعريض بهذه الكيفية يرتكز على جعله يحتك بالأشياء الوسخة دون أن يغسل يديه ، و ذلك إلى أن ينخفض القلق) .

بشكل عام ، كل أسبوع ، يتم معالجة سلوك معين ، و ذلك بالتدريج حتى الوصول إلى السلوكات الأشد قلقا .

التعريض للإحساسات الجسدية ، مناسب جدا وضروري ، في حالة اضطرابات الهلع .
" المصابون بالهلع " هم في الواقع حساسون جدا لإحساساتهم ، حيث يؤولونها على أنها إشارات خطر مقلقة جدا (مثلا ، ترتفع نبضات القلب = أزمة قلبية) .

استراتيجية التعريض في هذه الحالة تتضمن إنتاج الإحساسات المخيفة (و لكن غير خطيرة) بكيفية تجعل المريض يتعرض لها ، و يلاحظ أنها غير خطيرة و قدرته على التحكم فيها .

الدوار ، زيادة نبضات القلب ، التعرق ، إحساس بالإختناق ، و غيرها ...هي إحساسات نستطيع إحداثها بطرق مختلفة و ذلك لكي يتعرض لها المريض بكل أمان .

هناك عدة امتدادات لتقنية التعريض موجودة اليوم :

التعريض الإفتراضي ، باستعمال التكنولوجيا الحديثة لوضع المريض في الوضعية المسببة للقلق .

التعريض للإنفعالات ، و فيه يلاحظ المريض بشكل واعي الإحساسات و الإنفعالات التي تمر به حين يستحضر صورة مثير مسبب للقلق .

التعريض للسيناريو المقلق ، و فيه يتعرض المريض للسيناريو (بناء تصوري) المسبب للقلق وهذا مفيد جدا في حالات رهاب الإندفاع (الخوف من الإستجابة بعنف أو بطريقة منحرفة) ، و كذلك لمعالجة الكوابيس و السيناريوهات الكارثية في اضطراب القلق المعمم .

التقنيتان الأخيرتان مبنيتان على التصور العقلي (أي باستعمال صور مخزنة من قبل في ذاكرة المريض) .

تقنيات التعريض كثيرة جدا ، و غالبا ما تكون فعالة ، و من المحتمل أن سيرورات (التعويد و إزالة الحساسية) التي تحدثها هذه التقنية هي نفسها التي تحدثها معظم التقنيات السلوكية و المعرفية و الإنفعالية و الجسدية الأخرى ، لأنه في الواقع ، فإن كل هذه التقنيات ، تضع المريض بطريقة أو بأخرى في مواجهة ما يقلقه ، و ذلك في ظروف مناسبة (في الإطار العلاجي) و هذا ما يعزز التعود و زوال الحساسية .

3-1-5 تقنيات سلوكية أخرى

التقنيات السلوكية الأخرى تهدف إلى تمكين المريض من تجريب سلوكات مختلفة عن تلك التي اعتاد عليها ، بهدف كسر الحلقة المرضية المفرغة و فتح مجال التجربة السلوكية أمام المريض .

من هذا المنظور ، يمكننا أن نساعد المريض على تعلم سلوكات جديدة و التي هي السلوكات المناسبة ، أو يمكننا أن نشجعه على إسترجاع السلوكات المناسبة ، و التي هو يعرفها في الأصل و لكنه تخلى عنها ، بسبب الإضطراب .

- تعلم سلوكات جديدة ، تطوير القدرات

و هو ما تفعله تمارين تحقيق الذات . و يتمثل الأمر في تطوير قدرات علائقية لدى المريض ، تسمح له بفرض نفسه في العلاقت الإجتماعية بشكل عام و في العلاقات التي تسبب له التوتر بشكل خاص.

باستعمال الحوار ، التوضيحات ، لعب الأدوار ، العمل الجماعي ، التجريب ، تحليل نتيجة التجربة .... يتم توجيه المريض نحو تطوير و تجريب تقديره لذاته ، في الإطار العلاجي أولا ، ثم في الواقع في حياته العلائقية (Cariou – Rognant , 2006 [1]) .

- إستئناف النشاطات

باستعمال برنامج لإستئناف النشاطات . و نرى هذا في حالة الإضطرابات الإكتئابية و التي تعمل على تقليل نشاطات المريض . يمكن إذن وضع برنامج لإستئناف النشاطات ، بطريقة تدريجية مع مراعاة دافعية المريض التي تكون ضعيفة .

أولا، يجب إنشاء قائمة النشاطات التي كان من يريد (أو كان يتوجب) على المريض القيام بها و لكنه لم يعد يقوم بها ، ثم نختار نشاطا واقعيا و قابلا للتطبيق، ثم نقسمه إلى خطوات متدرجة و نضع برنامجا لتطبيق كل خطوة .

عندما ينجز المريض الخطوة الأولى ، يعزز هذا غالبا شعوره بالقدرة الشخصية و تقديره لذاته ، و هو ما سيشكل تعزيزا إيجابيا يدعم الخطوات اللاحقة و يدعم إستئناف النشاطات بشكل عام . هذه الدينامية لها تأثير مضاد للإكتئاب .

برمجة سلوكات مرغوبة ، بعض الإضطرابات تعمل على إبعاد المريض عن السلوكات التي تشعره بالمتعة و الإشباع و التي كان يقوم بها في السابق .

تحت تأثير الحرمان المزمن من الإشباع في حياته ، يصاب الشخص (المكتئب ، القلق ، المنهك ، ...) بالإحباط ، و هذا ما يساهم في تفاقم وضعيته . نستطيع إذن وضع برنامج لإستئناف النشاطات الممتعة .

أولا ، ينشأ المعالج مع المريض قائمة (ماهي النشاطات التي تحب أن تمارسها ، و التي كانت ممتعة بالنسبة لك ؟) ، ثم يقومان بتحديد النشاطات التي يمارسها و التي لا يمارسها (من بين هذه النشاطات ، ما هي النشاطات التي تمارسها حاليا ؟) . و في النهاية ، يقومان باختيار نشاط واحد

---

1. Cariou-Rognant A.M., Chaperon A.F., Duchesne N. (2006). *L'affirmation de soi par le jeu de rôle – en thérapie comportementale et cognitive*, Paris, Dunod

يكون ممتعا ، لا يقوم به المريض حاليا و تطبيقه سهل ، و يحددان كيف يمكن أن يستأنفه المريض في الواقع .

يقوم المريض ، في طابع تجريبي ، بتطبيق النشاط (الذهاب إلى السينما ، زيارة الأصدقاء ، ممارسة الرياضة ، .....) و يلاحظ تأثيرات ذلك عليه ، ثم يقوم المعالج و المريض بتحليل هذه التأثيرات ، و التي تكون غالبا إيجابية (أي ممتعة و مرغوبة) و يتوصلان أيضا ، في الغالب ، إلى أنه يجب مواصلة هذا النشاط (و نشاطات أخرى فيما بعد) . و هذا ما يفيد في استرجاع المريض لدينامية التحكم ، اللذة ، و الإشباع و هو ما يساهم تحسن حالته و تقليل إحباطه .

في هذه الحالة ، التاثير الإيجابي لاستئناف النشاط يعمل كمعزز إيجابي يشجع إستمرار و تعميم هذا التمرين .

تدعيم السلوكات بواسطة التعزيز الإيجابي ، في بعض الحالات ، يمكن أن يكون من المفيد إدخال أنواع أخرى من المعززات الإيجابية ، و التي تكون مباشرة و خارجية ، و ذلك لتدعيم سلوكات نعتبرها مرغوبة .

التقنية الأقدم في هذا النوع ، تستخدم في المستشفى مع أصحاب الأمراض المزمنة الذين يعانون من اضطرابات تعرقلهم بشكل ضخم ، و تتمثل في تعزيز السلوكات المرغوبة (التواصل ، الإعتماد على الذات ...) بمكافأة هذه السلوكات ببطاقات يمكن فيما بعد استبدالها في المستشفى بأشياء تجلب الإشباع للمريض (طعام ، أدوات ، خدمات .....) . و هذا ما نسميه " إقتصاد البطاقات " .

و كذلك مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب في السلوك ، حيث يمكن تحديد مجموعة من المعززات الإيجابية (التنزه ، اللعب ، .....) لمكافأة السلوكات المرغوبة (التواصل ، إنجاز الواجب المدرسي ، الذهاب إلى المدرسة .....) أو على النقيض من ذلك ، إيقاف السلوكات اللاتكيفية (العنف ، نوبات الغضب .....) .

في العلاج النفسي للراشد ، قد يكون من المناسب تدعيم السلوكات التي يريدها المريض (مثلا ، عدم التدخين) مع التحديد المسبق لمعزز إيجابي يختاره هو (الحلوى ، نزهة ، هدية ...) و الذي

سيكون مكفأة للقيام بخطوة معينة من التمرين (مثلا ، عدم التدخين لمدة أسبوع) . إذن ، المريض هو في حد ذاته من يسمح لنفسه بتلقي المكافأة ، أي أنه إذا هو يقوم بالتعزيز الذاتي .

التعزيزات الإيجابية التي يقدمها المعالج أثناء العلاج السلوكي المعرفي و ....الحيادية

بشكل عام ، يكون سلوك المعالج السلوكي المعرفي إيجابيا و ملتزما إتجاه المريض ، و لا يكون حياديا .

المعالج يسعد بتقدم المريض و يشجعه حين يطبق التقنيات العلاجية و حين يتغلب بشكل تدريجي على صعوباته .

" هذا رائع ! " ، " برافو ! " ، " أهنئك ! " ، " أديت عملا جيدا ! " ، " مبادرة رائعة منك ! " ، " أنت شخص شجاع ! " هذه أمثلة عن التعزيزات الإيجابية المستخدمة عادة في العلاج السلوكي المعرفي ، بهدف تدعيم العلاج و تدعيم تحسن المريض .

هل المعالج السلوكي المعرفي غير حيادي ؟ من هذا المنظور ، لا ليس حياديا ، إنه يريد أن يسير العلاج بشكل جيد و أن يتحسن المريض . لكن ، هو حيادي من منظور أخلاقي ، إنه لا يعتبر أبدا أفكار و سلوكات المريض على أنها غير أخلاقية بل يعتبرها ببساطة مشاكل يجب التغلب عليها .

وجهة نظر المعالج السلوكي المعرفي لا تكون أخلاقية ، بل تكون براغماتية و عقلانية ، لكي يكون قادرا على التكيف مع المرضى و أن يكون مرتاحا معهم .

2-5 التقنيات المعرفية

تهدف التقنيات المعرفية إلى تغيير المعارف المختلة (الأفكار ، المعتقدات ، المخططات) و ذلك بالعمل على الأفكار في حد ذاتها (إعادة البناء المعرفي) ، أو على التشوهات المعرفية (العمليات المعرفية) التي تشكلها ، أو على المخططات اللاواعية التي هي أصل كل ما سبق ، أو على بعض الوظائف المعرفية الهشة (إعادة الربط المعرفي) .

يمكننا أن ندخل ضمن التقنيات المعرفية ، تقديم المعلومات للمريض (التربية النفسية) لإعطائه الوسائل المعرفية لاستعادة السيطرة على صعوباته .

1-2-5 إعادة البناء المعرفي

تقنيات إعادة البناء المعرفي تهدف إلى تمكين المريض من تحديد أفكاره المختلة ، و التحقق من صحتها (و يعني وضعها موضع التساؤل ، لأنها ، و حسب تعريفها ، فهي " مختلة ") ، ثم إيجاد أفكار أكثر تكيفا . العديد من التقنيات يمكن أن تستخدم لهذا الغرض .

لا تنخدع بالأفكار !

إنه من المهم جدا أن لا ينخدع المعالج بالأفكار التي يعمل عليها ! قد تكون هناك أفكار سلبية و مسببة للإكتئاب و القلق و لكنها أفكار تكيفية !

إذا علم الشخص أنه مصاب بمرض خطير ، فإنه من المتكيف أن يفكر بأنه في خطر ، أن يصبح قلقا و يغير من سلوكه ! و إذا كان شخص عنيفا اتجاه الآخرين ، فإنه من الطبيعي (و من الجيد) أن يحس بأنه مذنب و يظن أنه يسيء التصرف ! إذا كانت حياته حافلة بمجموعة من الخيبات الواقعية ، فإنه من الطبيعي أن يفكر " أنا أفشل تقريبا في كل ما أفعله " !

العمل المعرفي يتم على الجانب اللاعقلاني ، اللاواقعي ، اللاتكيفي ، المختل .....من بعض الأفكار . و لا يكون العمل على إعادة البناء المعرفي فعالا إذا لم يتم على أفكار لا عقلانية . بحيث أنه يعمل على إعادة قراءة عقلانية لهذه الأفكار اللاعقلانية .

و إذا كانت الأفكار التي تجعل المريض يعاني هي أفكار عقلانية و متكيفة ، فإنه سيكون من الخطأ أن نحاول اكتشاف أصل هذه الأفكار لأن هذا لا يقود إلا إلى الدوران في حلقة مفرغة .

في مثل هذه الحالات ، من الأنسب أن نتعامل مع الأمر على أن الشخص يواجه مشكلة في الواقع (تصرفه بعنف ، مرضه إخفاقاته ....) والتي يجب عليه العمل عليها لحلها في المستقبل .

يجب على المعالج أن يحدد بدقة المظاهر اللاعقلانية للأفكار قبل اتخاذ قرار تطبيق إعادة البناء المعرفي عليها .

الحوار السقراطي (يسمى أيضا التساؤل السقراطي) و يتمثل في حوار يقود خلاله المعالج المريض إلى الشك في أفكاره المختلة ثم إلى بناء أفكار جديدة . لا يتمثل الأمر في كسر الأفكار المختلة و إقتراح أفكار أخرى معدة مسبقا من طرف المعالج و إقناع المريض بصحتها . بل يتمثل في أن يسلك المعالج سلوكا عقلانيا ، يقظا ، متدرجا ، غير متعصب ، و الأهم أن يكون متسائلا

و ذلك لخلق ديناميية من التساؤل العقلاني حول هذه المعتقدات التي لدى المريض ، ليتمكن المريض من فهم العالم المحيط به بكيفية أكثر واقعية ، أكثر تفتحا ، و خاصة أقل تسببا في الأمراض النفسية.

يتمثل الأمر إذن في تطبيق عمل معرفي سيقود المريض إلى إحداث تغيير ناتج من الداخل (و ليس مفروضا من الخارج) ، إنها إذن تقنية تتطلب الكثير من المهارة و من الحس الإكلينيكي لدى المعالج .

جزء من حوار سقراطي (باختصار)

المريض : أعرف أنني بلا قيمة ، أشعر بأنني لاشيء ......

المعالج : أنت تفكر بأنك بدون قيمة و أنه لا فائدة منك . سيكون من المثير أن تكتشف معا هذه الفكرة لنرى إن كانت واقعية و إن كانت تصف بالفعل وضعيتك . هل أنت موافق ؟

المريض : نعم ، و لكني لا أعرف ما الذي سيغيره هذا .....

المعالج : سنرى في نهاية العمل و يمكنك أنت بنفسك أن تستنتج ذلك . ما الذي يجعلك تقول بأنك بدون قيمة ؟

المريض : أشعر بالإحباط ، أنا لا أنجح في شيء ....

المعالج : هناك أمران إذن : أنت بدون قيمة لأنك تحس بالإحباط من جهة و من جهة أخرى لأنك تشعر أنك لا تنجح في شيء ، أليس كذلك ؟

نأخذ الفكرة الأولى إذن . أنت بدون قيمة لأنك تحس بالإحباط . هل يمكنك أن تحدد لي الرابط بين شعورك بالإحباط و بين كونك بدون قيمة ؟

المريض : لأن هذا الشعور يسيطر علي طوال اليوم و يجعلني أطرح على نفسي ألف سؤال ، لقد طفح الكيل .

المعالج : أعلم أن الأمر صعب ، لكن ما العلاقة بين كونك تعاني نفسيا و توجه صعوبات بكونك بدونك قيمة ؟ ...لنفترض أن أحد أصدقائك يواجه صعوبات نفسية ، إكتئاب مثلا ...

المريض : نعم ، قبل بضعة سنوات ، كان صديق لي في حالة سيئة و أنا كنت في حالة جيدة ، لقد إنقلب الأمر الآن !

المعالج : حسنا . حينما مر ذلك الصديق بهذه الفترة الإكتئابية ، هل كنت تظن أنه بدون قيمة ؟

المريض : لا بالطبع ، هذا ليس خطأه ، لا يعني هذا شيئا ....بل بالعكس كنت أراه شجاعا .....

المعالج : إذن لماذا في حالتك ، مجرد أن لديك مشكلة نفسية جعل منك شخصا بدون قيمة ؟

المريض : نعم ، هذا صحيح ، لا أدري .....في الحقيقة لا معنى لهذا .

المعالج : نعم ، هذا غير منطقي . إذا كنا لا نستطيع وصف الشخص الذي يعاني من صعوبات نفسية على أنه بدون قيمة ، فكيف نصفه إذن ؟

و يستمر الحوار هكذا بطريقة تجعل المريض يرى الوضعية من زاوية أخرى ، بكيفية أكثر واقعية (لديك مشكل ، لا يعني أنك بدون قيمة ، بل يعني فقط أن لديك مشكلا .....و يجب حله !) . ثم ينتقل الحوار إلى الفكرة التالية (أنا بدون قيمة لأنني لا أنجح في شيء ....) .

طريقة " بيك " (الأفكار الآلية / الأفكار البديلة) تتمثل في أن نملأ مع المريض جدولا يتضمن الأفكار الآلية المختلة و الأفكار البديلة الواقعية .

أولا ، يجب تحديد الأفكار الآلية المختلة ، الوضعيات التي تظهر فيها و الإنفعالات المصاحبة لها . ثانيا ، يقترح المريض بمساعدة من المعالج أفكارا بديلة أكثر واقعية و فائدة (مثلا : " لم ينظر إلي إذن هو لا يريد أن يراني " يمكن أن نضع لها فكرة بديلة " لم ينظر إلي لأنه كان مشغولا بشيء آخر أو لأنه لم يرني أصلا أو أنه رآني و لكنه لم يكن يريد إزعاجي .....") .

إنه من المهم أن يملأ المريض هذا الجدول بانتظام في البداية عندما تكون الأفكار الآلية قوية ، و ذلك بهدف تقليل تأثيرها ، و مقابلتها بأفكار بديلة تدريجيا . من الممكن أيضا أن نسأل المريض عن درجة إيمانه بهذه الأفكار الآلية قبل و بعد تطبيق التمرين (في العادة ، ينخفض بشكل واضح)

ليس من السهل دائما بالنسبة للمريض تحديد أفكاره الآلية ، إذن يجب أن يساعده المعالج ، بعدة وسائل ، على إدراكها .

تقنية تقسيم المسؤوليات ، هي تقنية مفيدة لتخفيف الشعور بالذنب (الذي يكون عادة شديدا) لدى بعض المرضى .

الخطوة الأولى تتمثل في تحديد العزو الذاتي المفرط للمسؤولية (" إنه خطأي إذا حققت الشركة التي أديرها نتائج سيئة " – 100 % من المسؤولية تقع على المريض) . الخطوة الثانية تتمثل في تحديد

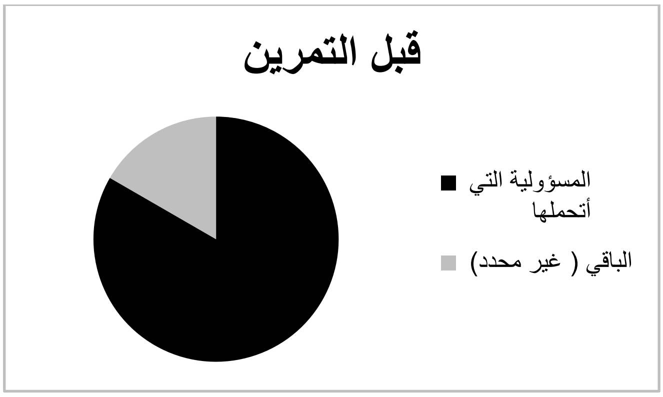
جميع العوامل التي يمكن أن تتحمل جزءا من المسؤولية (في هذه الحالة : الأزمة الإقتصادية ، السوق المحلي ، الإدارة السابقة للشركة ، إختيار الموظفين ، الشركاء ، الشخص في حد ذاته ، وغيرها) . في الخطوة الثالثة ، يحمل المريض نسبة من المسؤولية لكل عامل من هذه العوامل .

الخطوة الرابعة تتمثل في أنه بعد أن يحدد المريض العوامل الأخرى ، يقوم بإعادة تحديد النسبة التي يتحملها هو من المسؤولية (و تكون في العادة أقل من نسبتها في البداية) . الخطوة الخامسة ، يقوم المعالج يعرض النتائج على المريض (في شكل دائرة نسبية أو قائمة أو أي وسيلة عرض تناسب المريض) و يطلب منه أن يخرج باستنتاجات منها .

بشكل عام ، تقود هذه التقنية المريض إلى التقليل من نسبتة المسؤولية التي يتحملها و ذلك بشكل واقعي ، و هذا ما يؤدي إلى تخفيف شعوره بالذنب .

الأفكار الآلية المختلة تكون شاملة و تكون أيضا في شكل حقائق (" سيكون خطأي إذا ولد إبني معاقا " ، " إنه خطأي إذا كان أبي يتصرف بعنف " .

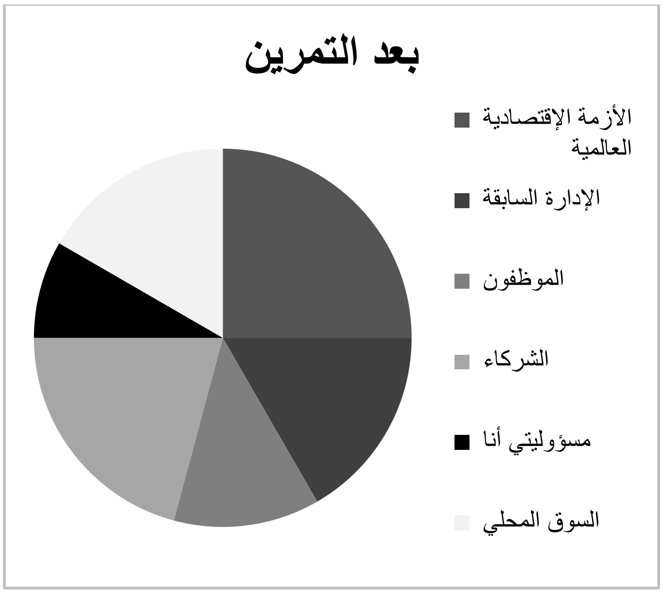
تمرين تقسيم المسؤوليات يسمح بإعادة العقلانية للمريض.



نستطيع المرور من دائرة نسبية إلى القائمة :

- الأزمة الإقتصادية العالمية 25 %
- الإدارة السابقة 20 %
- الموظفون 15 %
- الشركاء 15 %
- السوق المحلي 15 %
- مسؤوليتي أنا 10 %

إذا لم يكن المجموع = 100 % ، فهذا ليس سيئا (فهذا ليس تمرين رياضيات !)



مثال عن الدائرة النسبية للمسؤوليات (تقسيم المسؤوليات)

تقنية الأدلة " مع و ضد " . يكون لدى المرضى غالبا معتقدات مختلة مثل " أنا أدنى من الآخرين" " كل ما أفعله يفشل " ، " لا يمكن أن يحبني أحد " ، و غيرها . و للتحقق من صحتها ، يمكننا اتباع أسلوب الأدلة المؤيدة و المعارضة " مع و ضد " .

الخطوة الأولى تتمثل في عزل المعتقدات التي سوف نعالجها (مثلا ، " لا يمكن لأحد أن يحبني "). الخطوة الثانية ترتكز على وضع قائمة للأدلة التي تدعم هذا الإعتقاد (" ما هي أدلتك التي تثبت أنه لا يمكن لأحد أن يحبك ؟ ") . الخطوة الثالثة ترتكز على تناول الأدلة المؤيدة واحدا بعد الآخر و مناقشتها بطريقة " سقراطية " :

" أنت تقول أنه من بين الأدلة التي تثبت أنه لا يمكن لأحد أن يحبك ، هو أن صديقك أخبرك بذلك يوم أمس ؟ و لكن منذ متى و أنتما في علاقة صداقة ؟

- ثماني سنوات ....

- هل هو مجبر على البقاء معك ، لأسباب مالية مثلا ؟

- لا ، هو من يجني مالا أكثر مني ....

- إذن ، مالذي يجعل شخصا يبقى في علاقة مع شخص آخر إذا لم يكن مجبرا على ذلك ؟

- حسنا .....لأنه يحس بالراحة معه ....لأنه يحبه .....

- حسنا ، هل هذا قابل للتطبيق على علاقتك ؟ هل يمكننا أن نقول بأن صديقك باق معك لأنه يحبك ؟

- نعم ، بالطبع ، لأنه لو لم يكن يحبني لهجرني منذ مدة ....

- إذن ، لماذا أخبرك أمس بأنه لا يمكن لأحد أن يحبك ؟

- لأنه غضب عندما قلت له بأنه لا يحبني مطلقا ...

- حسنا ، قوله هذا يدل على أنه كان غاضبا ، في حين أن بقاءه معك طوال ثماني سنوات يدل على أنه يمكن للناس أن ينجذبوا إليك و أن يحبوك .....أي أنه من الصعب أن نجعل هذا دليلا على أنه لا يمكن لأحد أن يحبك ، أليس كذلك ؟ ما رأيك ؟

بشكل عام ، عندما نخضع كل هذه الأدلة على المعتقد للتساؤل و التحقق ، فهذا يؤدي على الأقل ، إلى تبيين أن المعتقد نسبي ، أو أنه خاطئ كليا ، و ذلك بواسطة المناقشة المنطقية .

الخطوة الرابعة تتمثل في وضع قائمة للأدلة التي تعارض المعتقد (إذن في هذه الحالة الأدلة التي تثبت أن المريض يمكن أن يكون محبوبا من طرف الآخرين) ، ثم مناقشتها بطريقة " سقراطية " لإثبات صحتها ، لأن هذه المعتقدات التي يتم العمل عليها قد اختارها المعالج بالتحديد لأنها مختلة و غير واقعية .

هذه التقنية " مع و ضد " يمكن استعمالها لرفع تقدير الذات الذي يكون منخفضا لدى بعض المرضى و ذلك بالعمل على المعتقدات التي تغذي إحتقار الذات (" أنا أدنى من الآخرين " ، " لا فائدة مني " " أنا أفشل في كل ما أفعله ..." .

يمكن أن نطلب من المريض درجة إيمانه بالمعتقدات المختلة قبل و بعد هذا العمل ، للتأكد من حدوث التغيير .

المعارف ، الأفكار الآلية ، العمليات المعرفية ، المخططات المعرفية ، المعتقدات .... بعض التعريفات

إذا تناولنا الأمور حسب ترتيب ظهورها أثناء العلاج ، فإننا سنبدأ بالمعارف الأقل عمقا ثم تتبعها بالتسلسل المعارف الأعمق (المخططات المعرفية) .

المعارف الأكثر وضوحا تكون متعلقة بالمحتويات النفسية الخاصة بالمريض (قصص ، نمط تفكير ، معلومات ، و غيرها) . من خلال هذه المعارف تظهر شيئا فشيئا الأفكار الآلية و التي هي معارف خاصة تتميز بأنها تمر بذهن المريض بشكل متكرر ، رغما عنه ، و ذلك بطريقة واعية أو لا واعية .

هذه الأفكار الآلية تكون قصيرة و جازمة و المريض يؤمن بصدقها (" يسيئ الناس الحكم علي " ، " يرى الناس أن شيئا ما ينقصني " .....) . الأفكار الآلية تكون أحيانا مختلة و تشارك في حدوث الإضطراب النفسي . الأفكار الآلية تصنعها الإنحرافات المعرفية و التي هي عمليات عقلية تشوه عملية معالجة المعلومات (مثلا ، تحميل الذات مسؤولية كل شيء أي "الشخصنة "، الخروج باستنتاجات عشوائية و هو " الإستنتاج العشوائي " ، تعظيم السلبيات و تقليص الإيجابيات ، و غيرها) .

هذه الإنحرافات المعرفية هي في حد ذاتها تحركها المخططات المعرفية و التي هي أبنية معرفية عميقة لاواعية ، و التي تحدد ما يظنه الشخص عن نفسه و عن العالم ، و تنشأ من خلال التجارب العلائقية في الطفولة . هذه

المخططات يمكن أن تكون صحية (" أن شخص يمكن أن يحبه الناس " " أنا أمتلك قيمة " " أستطيع الإعتماد على الآخرين " .....) أو مختلة .

المخططات تميل إلى تصديق نفسها ، و لهذا تحرك الإنحرافات المعرفية و الأفكار الآلية ، مثلا ، إذا كان المخطط النشيط هو " لا أستطيع الإعتماد على الآخرين " ، فإن الشخص سيكون مرتابا و متحفظا ، و ينتبه لكل الإشارات التي تؤكد صدق المخطط ، و بالتالي ، سيكون سلوكه العلائقي سببا في عدم ثقة الآخرين فيه و عدم مساعدتهم له فتكتمل الدائرة و يكون المخطط قد صدق نفسه و كأنه يقول " ألم أخبرك أنه لا يمكن الإعتماد على الآخرين !" .

تقنية السهم النازل ، و تتمثل في التعمق في الفكرة المختلة إلى غاية الوصول إلى أسوأ نتائجها (السيناريو الكارثي) . يقوم المعالج ، بواسطة السؤال المتكرر ، بقيادة المريض إلى عرض تسلسل الأفكار المرتبطة بالفكرة المختلة المسببة للقلق ، مثلا ، إذا كانت الفكرة التي نعمل عليها هي (في حالة رهاب إجتماعي) : " إذا قمت بتقديم عرض في العمل ، سيلاحظ الآخرون أن شيئا ما ليس على ما يرام ، سيلاحظون أنني متوتر "

المعالج : و إذا لاحظوا أنك متوتر ، ما هو أسوأ ما قد يحصل ؟

المريض : سيظنون أنني لست في المستوى المطلوب .



الحلقة المرضية المفرغة (إقرأها من الأسفل إلى الأعلى)

المعالج : و إذا ظنوا أنك لست في المستوى ، ما هي عواقب هذا ؟

المريض : سيخبرون كل من أعمل معهم بذلك .

المعالج : و إذا أخبروا كل من تعمل معهم بذلك ، ما الذي سيحدث ؟

المريض : سيظن الجميع أنني غير كفؤ

المعالج : و إذا فعلوا ...ما الذي سيحدث ؟

المريض : سينبذونني و لن يكلفوني بأي عمل بعد ذلك .

المعالج : و إذا فعلوا ....ما هي عواقب ذلك ؟

المريض : سأكون حزينا جدا ، وحيدا ، و لن أستطيع البقاء في هذه الوظيفة .

المعالج : و ماذا بعد ؟

المريض : سوف أستقيل من العمل .

المعالج : و ماذا بعد ..؟

المريض : زوجتي ستشعر بالعار لكوني بدون عمل ، و ستأخذ الأطفال و ترحل .

المعالج : و ماذا بعد ....؟

المريض : سأكون مجبرا على مغادرة المنزل ، و سأجد نفسي في الشارع .....

المعالج : و ماذا إن حصل هذا ؟

المريض : سأموت وحيدا ، بسبب المرض أو بسبب الحزن ، أو حتى منتحرا ، تحت أحد الجسور .... "

وضع تسلسل الأفكار هذا ، له ثلاثة أهداف : 1) جعل المريض يدرك السيناريوهات الخيالية المسببة للقلق ، التي تخطر على باله ، و التي تفسر شعوره بالقلق ، 2) خلق تناقض بين الأفكار التي بدأنا

بها و الأفكار التي وصلنا إليها في النهاية ، بهدف تمكين المريض من إدراك الجانب اللاعقلاني للسيناريو و أن احتمال حدوثه غير وارد (" إذن ، عندما تقدم عرضا أمام الناس ، فإن القلق الذي تشعر به هو من أن تموت وحيدا ، منبوذا من طرف الجميع ..... أليس كذلك ؟ " – نعم ، هذا غير عقلاني ، ليس سوى مجرد عرض مهني ، و لن يسبب كل هذا .....") . هذا الإدراك يعزز إعادة البناء المعرفي للفكرة المختلة ، 3) الهدف الثالث هو إكتشاف المخططات المختلة بالإعتماد على الأفكار الآلية (في هذه الحالة ، مخطط التخلي و النبذ) ، و هو ما يمكننا من العمل على هذه المخططات فيما بعد .

بالطبع ، يجب على المختص أن يختار بعناية الأفكار التي يعمل عليها ، فإذا كان المريض سلبيا جدا و يفكر في الإنتحار ، فإن هذا التمرين يمكن أن يكون ضارا جدا له ، لأن الإستنتاجات اللاعقلانية تظهر له على أنها منطقية جدا و مبررة .

العمل على الإنحرافات المعرفية (أو التشوهات) ، يساهم أيضا في إعادة البناء المعرفي ، ليس بالتغيير المباشر للمعارف المختلة ، و لكن بتحديدها و بإصلاح العمليات المعرفية التي تنتج هذه المعارف المختلة . هذا العمل يمكن أن يتم القيام به بعد أن يدرك المريض الجانب اللاعقلاني لأفكاره المختلة ، حيث يكون من الفعال أن نشرح له الإنحرافات المعرفية التي تشكل – بشكل لاواعي غالبا – أفكاره الآلية .

نطلب من المريض أن يحلل هذه الأفكار المختلة و ذلك لتحديد الإنحرافات المحتواة فيها . و في الأخير ، نطلب من المريض أن يحدد بنفسه ، في حياته اليومية ، الإنحرافات الموجودة في أفكاره و عزلها و إصلاحها باستخدام ذكاءه المنطقي . و هذا ما يساهم في تقليل التأثير المرضي لهذه الأفكار .

كيف تنتج الإنحرافات المعرفية الأفكار المختلة التي تجعلنا نعاني ؟

الشخصنة ، تأويل الوضعيات (تحميل الذات كل شيء ، كل شيء هو خطأي !) .

تعظيم السلبيات و تقليص الإيجابيات (نعم ، نعم ، لقد نلت العديد من الشهادات ، لكن في المرة السابقة ، أخطأت خطأ ساذجا ، و هذا هو المهم !) .

القيام **باستنتاجات عشوائية** (التوصل لاستنتاجات بشكل عشوائي : هو لم ينظر إلى ، إذن هو لا يحبني ....)

القيام **بالتجريد الإنتقائي** (التركيز على جزء سلبي صغير في الوضعية ، و ذلك بهدف الإطمئنان : اووه ، هل ترى هذا الشق الصغير في الجدار ؟)

التفكير القطبي (الكل أو لاشيء : لقد اختلفت معها قليلا ، إذن لن ترغب في رؤيتي مجددا .....)

التعميم المفرط (صديقي تخلى عني ،إذن لن يحبني أحد مطلقا !) .

....

الكيفيات التي نشوه بها الواقع ليتوافق مع معتقداتنا القاعدية ، كثيرة و لها تأثير كبير في إنشاء الإنفعالات المزعجة !

العمل على المخططات ، بعد تحديد الأفكار المختلة و العمليات المعرفية التي تنتجها ، فإنه يكون أحيانا من المناسب الذهاب أبعد من ذلك ، أو بالأحرى أعمق من ذلك ، داخل المعاش النفسي ، و ذلك بالعمل على المخططات المرتبطة بالأفكار المختلة .

الخطوة الأولى تتمثل في تحديد هذه المخططات ، و هو ما يمكننا فعله بالإستعانة بإستبيانات معدة لهذا الغرض (مثل استبيان المخططات لـ " جيفري يونغ " ، و الذي له عدة إصدارات ، و يسمح بتحديد المخططات اللاتكيفية المبكرة التي بلورها "جيفري يونغ " و التي تختلف قليلا عن المخططات التي وضعها " بيك ") ، و أيضا خلال الحصص العلاجية ، حيث أنه تحت تأثير التكرار أثناء عملية إعادة البناء المعرفي ، تظهر إنحيازات منتظمة ، معلنة عن وجود مخطط نشيط (مخطط التخلي ، أو مخطط السيطرة ، و غيرها) .

بعد تحديد هذه المخططات ، يجب أن نعمل على إزالة تأثيرها الضارة و ذلك بمناقشة صحة المخطط و بتجريب سلوكات مناقضة للمخطط ، بهدف إيقاف نشاطه .

ننبه هنا إلى أن العمل على المخططات يمكن أن يكون كامتداد لعملية إعادة البناء المعرفي ، و لكن يمكن أيضا أن يكون هو محور الإستراتيجية العلاجية المسماة " علاج المخططات " ، و تكون موجهة للمرضى الذين يعانون من إضطرابات الشخصية (علاج المخططات لـ " جيفري يونغ ") .

العلاقة بين الحاجات و المخططات حسب جيفري يونغ [1]

أ) ميدان الإنفصال و النبذ

1) التخلي / عدم الإستقرار

2) الإرتياب / إساءة المعاملة

3) الحرمان العاطفي

4) الشعور بالنقص/ الخجل

5) الإنعزال الإجتماعي

ب) ميدان الإستقلالية و القدرات المختلفة

6) التبعية / عدم الكفاءة

7) الخوف من التغيير أو من المرض

8) الخضوع / ضعف الشخصية

9) الفشل

ج) ميدان الحدود المختلة

10) المبالغة في الحقوق الشخصية / العظمة

11) التحكم في النفس / ضبط الذات غير كافي

د) ميدان التركيز على الآخرين

12) إخضاع الآخرين

13) نكران الذات

14) البحث عن القبول و الإعتراف

هـ) ميدان اليقظة المفرطة و التثبيط

15) السلبية / التشاؤم

16) التحكم الزائد في المشاعر

17) طلب الكمال / إنتقاد قاسي

18) العقاب

2-2-5 تقنيات معرفية أخرى

فضلا عن تقنيات إعادة البناء المعرفي ، تستخدم العلاجات السلوكية المعرفية تقنيات معرفية أخرى و التي لا تهدف لتغيير الأفكار المختلة و لكن إلى تأسيس سياق معرفي يدعم العلاج و يدعم تحسن المريض ، أي يمكن المريض من تطوير قدرات معرفية خاصة .

التربية النفسية ، و تتمثل في تقديم معلومات موثوقة ، دقيقة و مفيدة للمريض حول الصعوبات التي يعاني منها و حول الأساليب المستخدمة في العلاج . يمكن أيضا أن نطلب من المريض زيارة بعض المواقع الإلكترونية التي أنشأها المختصون أو جمعيات مساعدة المرضى [1] ، و أيضا أن نطلب منه الإطلاع على بعض الكتب و المؤلفات (منها كتب المساعدة الذاتية self-help books) .

حيث تقدم هذه الوسائل توضيحات عامة في ما يخص ، التشخيصات ، النظريات المفسرة (بشكل مبسط) ، النماذج العلاجية ، التقنيات المستخدمة و إطارها النظري ، أساليب تقييم الإضطرابات و غيرها . ترافق التربية النفسية جميع مراحل العلاج .

للتربية النفسية هدفان هما : 1) منح المريض الوسائل اللازمة التي تمكنه من فهم أفضل للصعوبات التي يعاني منها و فهم أفضل للعلاج السلوكي المعرفي ، و ذلك ليكون قادرا على التحكم و قادرا حتى على استخدام التقنيات العلاجية باستقلالية (دون مساعدة) . 2) تعزيز التحالف العلاجي بفضل علاقة التعاون التي تتميز بالمساواة بين المعالج و المريض (حين يعرف المريض نفس ما يعرفه المعالج ، فإن هذا يمكنهما من التعاون بشكل جيد ، على الوصول بالمريض إلى التحسن) .

1. جمعيات مساعدة المرضى تلعب دورا مهما جدا ، ليس فقط في مساعدة المرضى ، و لكن أيضا في جعل المرضى يفهمون بشكل أفضل الصعوبات التي يعانون منها ، و كذلك في الدفاع عن الأساليب العلاجية الأكثر فعالية .

توجد أيضا " التربية النفسية المنظمة في شكل برنامج " محدد بـ 10 حصص ، تستخدم فيه غالبا وسائل مكتوبة ، أشرطة فيديو و غيرها ، حيث يحضرها مجموعة من المرضى و أحيانا حتى عائلاتهم ، و ذلك لتلقي معلومات حول الإضطرابات ، العلاجات ، و السلوكات الأكثر نجاعة ، و غيرها .

و بما أنها منظمة في شكل برنامج ، فإن هذه التربية النفسية تكون أقرب إلى عمليات التوعية العلاجية للمرضى (ETP) ، لكن عمليات التوعية العلاجية للمرضى تهتم خاصة بالأمراض الجسدية المزمنة (السكري ، الربو ، أمراض القلب ....) في حين أن برامج التربية النفسية تهتم خاصة بالإضطرابات العقلية المزمنة (الإضطراب ثنائي القطب ، الفصام ، ......) .

إعادة التأطير ، و تتمثل في إقتراح تفسير للوضعية الإشكالية بهدف جعلها قابلة للعلاج و الحل . الحديث عن معاناة المريض - التي تكون غالبا عامة و غير واضحة - في شكل مشاكل محددة بدقة نستطيع العمل عليها ، هو شكل من أشكال إعادة التأطير .

يمكننا أيضا ، أن نقدم تأويلا آخر لما قاله المريض عن الوضعية ، حيث يكون هذا التأويل مناسبا أكثر (بدلا من كونه مرضيا) . مثلا ، مريض يقول بشكل متكرر : " أنا بدون قيمة و ضعيف لأنني أعاني من نوبات القلق ..." ، يمكن أن يقترح عليه المعالج إعادة تأطير من نوع : " يمكننا أن نقول أيضا أنه رغم أنك تعاني من نوبات القلق و الحصر ، إلا أنك تستطيع أن تفعل عدة أشياء تماما مثل الناس الذين لا يعانون من هذا الأمر ، أي أن الأمر يشبه أنكم وصلتم إلى قمة الجبل معا ، رغم أنك تحمل وزنا إضافيا يقدر بـ 30 كلغ (مثلا) ، ألا يدل هذا على قوتك و شجاعتك ؟ . هذا النوع من إعادة التأطير الإستنتاجي يكون مفيدا أكثر إذا كان التحالف العلاجي قويا و إذا اعتبر المريض كلام المعالج صادقا .

هذه التقنية ، يمكن أن تكون عملية و مفيدة إذا تم تطبيقها بدقة ، و لكن بما أنها عبارة عن تصور مصدره المعالج و ليس المريض ، فإنه إذا تم استخدامها بكثرة ، سيرفع هذا من خطر فقدان كلام المعالج لقيمته أو كذلك من خطر تزايد تبعية المريض للمعالج . إذن فهي تقنية يجب استعمالها باعتدال .

تقنيات حل المشكلات ، التي تهدف إلى منح المريض الوسائل الأكثر عملية ليتعامل بشكل أفضل مع الصعوبات التي يواجهها في واقعه اليومي . يوجد أسلوب حل مشكلات عملي جدا نستطيع تطبيقه بطريقة منتظمة ، في عدة خطوات : 1) تحديد مشكل دقيق يجب على المريض التعامل في الواقع (مثلا ، إبنه لديه صعوبات مدرسية) ، 2) وضع قائمة بكل الحلول الممكنة ، سواء كانت واقعية (مساعدته في واجباته ، إيجاد حل في المدرسة ، منعه من مشاهدة التلفاز .....) أو غير واقعية (فصله من المدرسة ، عدم الإهتمام به ، .....) ، 3) كتابة مزايا و عيوب كل حل ، 4) إختيار الحل الذي يبدو أنه المناسب أكثر ، 5) تطبيق هذا الحل في الواقع ، 6) ملاحظة النتائج .

إذا كانت النتائج إيجابية ، نقوم بمواصلة تطبيق هذا الحل ، و إذا لم تكن كذلك ، نختار حلا آخر و نطبقه ثم نلاحظ النتائج .

في مواجهة مشاكل واقعية (ملموسة) ، هناك عدة تقنيات تساعد المريض على رؤية المشكل بشكل أوضح ، تسييره بشكل أفضل ، و الحد من تأثيراته المرضية (القلق ، الإكتئاب ، الشك ، الإجترار ....) . يتم الأمر ببساطة ، بإنشاء قائمة للمشاكل التي يجب حلها ، كتابة ما يجب فعله ، و اتباع الخطوات السابقة .

في جميع الحالات يجب استخدام الكتابة و العقلانية ، و ذلك لنقل المريض من التردد ، الجمود ، و الإجترار التي تسببها له النتائج النفسية للمشكلات التي يواجهها ، إلى حل هذه المشاكل بشكل ملموس .

إعادة الربط المعرفي ، لا يجب الخلط بينها و بين إعادة البناء المعرفي !

بعض المرضى (الفصاميون خاصة ، و الذين يعانون من فرط الحركة أو يعانون من بعض الإضطرابات العصبية ....) لديهم غالبا عجز على مستوى بعض الوظائف التنفيذية (مثل ، الإنتباه الإنتقائي ، المرونة المعرفية ، .....) . و تتمثل إعادة الربط المعرفي في إصلاح هذا العجز ، و ذلك بواسطة تمارين إعادة التأهيل المعرفي .

هذه التمارين يتم تطبيقها غالبا في إطار برامج خاصة لإعادة الربط المعرفي (منها RECOS , IPT)

إذن ، لا يتمثل الأمر في تغيير الأفكار المختلة كما هو الحال في إعادة البناء المعرفي ، و لكن في تطوير القدرات المعرفية (Franck , 2012)[1] .

إيقاف التفكير (أو التوقف عن التفكير) ، يسمح هذا بالحد من الإجترارات و الأفكار المتطفلة التي تميز العديد من إضطرابات القلق (إضطراب الوسواس القهري ، إضطراب القلق المعمم ....) . يتمثل ذلك في تعلم التحكم في هذه الأفكار الإجتياحية ، و ذلك بعد تحديدها .

تقوم التقنية بتكوين رابط بين مثير معين و بين الإيقاف الإرادي لهذه الأفكار ، حيث أن الإيقاف الإرادي يرتكز على العملية العقلية المسماة " الإلغاء " ، و التي تسمح بإيقاف تدفق موجة من التفكير أو الإنفعال . فمن منا لم يكتم إنفعالا قويا أو فكرة معينة بسبب كون ظروف الموقف لا تسمح بالتعبير عنها ؟ مثل الضحك في جنازة ، أو البكاء في مكان عام ، أو التفكير في العطلة السابقة أثناء مقابلة توظيف .....

هناك عدة خطوات لهذه التقنية : 1) المعالج يصرخ بصوت عالي " توقف " (أو كلمة أخرى تكون مناسبة) ، و إذا تطلب الأمر يمكن أن يضيف إليها مثيرات أخرى مثل صورة ذهنية (إشارة قف مثلا) ، صوت ، حركة (باليد) .....و بعد الإشارة مباشرة ، يقوم المريض بالتوقف عن التفكير (لمدة قصيرة جدا في البداية) و يتم تكرار هذا عدة مرات ، 2) يقوم المعالج بالإنقاص التدريجي للمثيرات التي يقدمها و ذلك لكي يستدخلها المريض ، أي أنه يصبح المريض هو الذي يقول " توقف" ، بالتالي يوقف تدفق التفكير ، 3) يقوم المريض بتكرار هذا التمرين كلما تطلب الأمر ذلك و تدريجيا ، سوف يكتسب ، بفضل تأثير " الإلغاء " و الإشراط الإستجابي ، بعض التحكم في الأفكار الإجتياحية .

هذه التقنية يمكن أيضا أن تتضمن " تشتيت الإنتباه " (التي تتمثل في تشتيت تفكير المريض ، ليفكر في شيء آخر) ، مثلا ، عن طريق إضافة سلوك معين (التحرك من مكانه ، القيام بشيء آخر) مباشرة بعد إشارة " توقف " .

---

1. Franck N. (2012). *La remédiation cognitive*, Paris, Elsevier Masson.

3-5 التقنيات الجسدية

تتمثل أساسا في تقنيات الإسترخاء المؤسسة على طريقتين : طريقة " شولتز" Schultz ، المسماة training autogene (التي ترتكز على إحساسات بحرارة و ثقل الجسد) و طريقة الإسترخاء العضلي المتدرج لـ " جاكوبسون " Jacobson (التي ترتكز على الإستجابة الفيزيولوجية المرتبطة بالشد و الإرخاء العضلي) .

تم إدخال الإسترخاء في العلاجات السلوكية المعرفية على شكل تقنيات يتم تعليمها للمريض داخل العيادة مع المعالج ، ثم يقوم المريض بعد ذلك بتطبيقها وحده بشكل منتظم .

إنه من الأفضل و من الأسهل أيضا أن تكون هذه التمارين موجهة بواسطة تسجيلات صوتية يقوم خلالها شخص متمرس بتوجيه المريض ، و لكن مع التكرار سيتمكن المريض من الإستغناء عن التسجيل الصوتي .

قد تدوم حصص الإسترخاء بضعة دقائق ، غالبا من 10 إلى 30 دقيقة . هذه التقنيات مفيدة بسبب تأثيرها المهدئ و كذلك تأثيرها المضاد للقلق ، و يمكن استعمالها بالتوازي مع تقنيات أخرى (مثلا التعريض ، إدارة القلق ....) . في النهاية ، الإسترخاء ، يمكن أن يكيفه الشخص – بعد أن يتعلم قواعده الأساسية – مع وضعيات الحياة اليومية (في وسائل النقل ، في المكتب ،.........) .

التحكم في التنفس ، و يهدف إلى مواجهة التنفس السريع و آثاره المحسوسة (الدوار ، الإحساس بالإختناق ، تعرق اليدين ، و غيرها) و يستخدم بكثرة في حالة نوبات الهلع . التنفس السريع يتمثل في إدخال الكثير من الأكسجين (بسبب إستجابة القلق) ، و التحكم في التنفس يهدف إلى تقليل هذه الكمية .

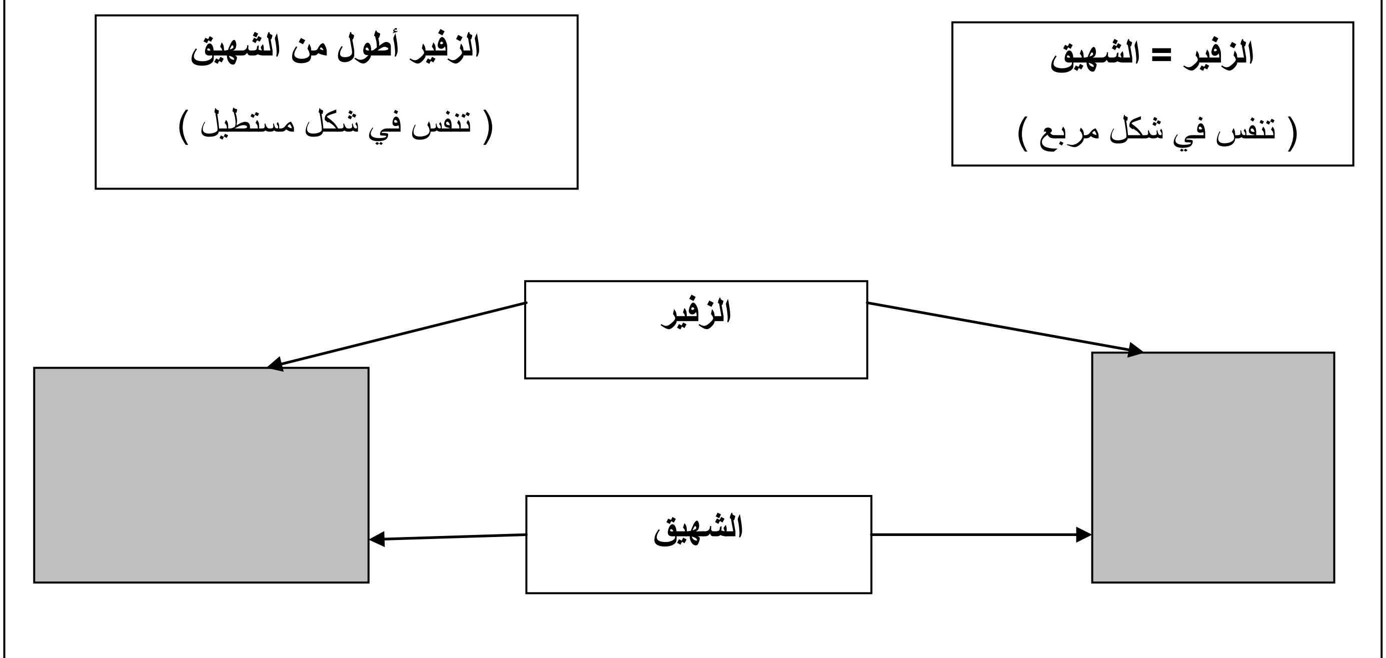
العملية تتم عبر عدة خطوات : 1) التوضيح للمريض (التربية النفسية) تأثير التنفس السريع على اندلاع و استمرار نوبة الهلع ، 2) بعد ذلك ، تعليمه كيف يحدد و يحسب عدد مرات تنفسه في الدقيقة ، 3) تطبيق التحكم في التنفس ، خطوة بخطوة (أنظر الإطار في الأسفل) ،4) التدريب على المرور من التنفس الآلي إلى التحكم في التنفس ، 5) تطبيق التنفس السريع مع المريض و ذلك لكي

يلاحظ تأثيراته و يتعود عليها (التعريض) ، 6) المرور بطريقة إرادية من التنفس السريع إلى التحكم في التنفس و ملاحظة النتائج الإيجابية ، 7) تطبيق التحكم في التنفس في الوضعيات الواقعية التي تسبب نوبات الهلع .

التحكم في التنفس

تستخدم تقنية التحكم في التنفس في الوضعيات المسببة للقلق وذلك لمواجهة التنفس السريع (و ليس في الوضعيات العادية) و تتضمن هذه التقنية :

- إبطاء التنفس إلى حوالي 6 مرات في الدقيقة (10 ثواني في المرة الواحدة) (مرة واحدة = شهيق + زفير)
- التنفس من البطن (البطن يرتفع و ينخفض أثناء الشهيق و الزفير)
- التنفس يبقى سطحيا (عدم أخذ أنفاس عميقة أثناء الشهيق)
- يتم التنفس في شكل " مستطيل " (حيث يستغرق الزفير مدة أطول من الشهيق) .



التنفس في شكل " مستطيل " في مقابل التنفس في شكل " مربع "

النشاط البدني ، و هي تقنية مناسبة جدا لمواجهة الإكتئاب و القلق . حيث أكدت عدة دراسات أن عشرين دقيقة من النشاط البدني (مهما كان نوعه) يوميا ، لها مفعول مضاد للإكتئاب . بالإضافة إلى ذلك ، هناك نشاطات بدنية تؤدي إلى حالة من الإسترخاء و الإنشراح و لها مفعول مضاد للقلق (مثل اليوغا ، الأنواع الخفيفة من الجمباز ، .....) .

يمكن للمعالج إذن أن يشجع بعض المرضى على أداء بعض النشاطات بشكل منتظم (خارج العيادة) أو يمكنه حتى أن يجعلها جزءا من العلاج .

ننبه هنا إلى أن مقاربات " تأمل الوعي الكامل " ، تتضمن بعض التمارين التي يتم تطبيقها بالحركة (المشي ، تمارين اليوغا البسيطة) أو التمارين التي ترتكز على الوعي بالإحساسات الجسدية ، هذه التمارين تدخل أيضا ضمن التقنيات الجسدية .

العمل على الجسد يظهر أيضا في إطار لعب الأدوار الذي يركز على الإتصال غير اللفظي (وضعية الجسم ، نبرة الصوت ، و غيرها) . بعض المرضى يعانون من عجز في قدرات التواصل غير اللفظي ، و يكون من المناسب العمل معهم على هذه النقطة بعناية و بشكل مباشر .

يمكن أن نعمل أيضا على الشروط الجسدية و " الإعتناء بالذات " ، و يكون مناسبا للمرضى الذين يتأثرون بشدة باضطراباتهم لدرجة قابلة للملاحظة (الملابس ، الرائحة ....) .

4-5 التقنيات الإنفعالية

التقنيات الإنفعالية تركز على العمل مباشرة على الإنفعالات المزعجة بهدف التقليل منها . هذه التقنيات يتم غالبا استعمالها في العلاجات السلوكية المعرفية بعد التقنيات المعرفية و التقنيات السلوكية .

الإسترخاء ، و هي التقنية الإنفعالية الأكثر انتشارا في العلاجات السلوكية المعرفية . لقد تكلمنا عنها من قبل لذلك لن نطيل الحديث . الإسترخاء يسمح بالتقليل من إنفعالات القلق و الإنقباضات المرتبطة بالتوتر ، و ذلك عبر إرخاء الجسد .

التعرض للإنفعالات ، و تهدف هذه التقنية إلى تمكين المريض من التقبل و التعود على الإنفعالات المزعجة (و بالتالي التخفيف من شدة تأثيرها) ، التي يقوم المريض غالبا بتجنبها .

الإنفعال الذي يتم تجنبه يبقى نشيطا ومزعجا لمدة أطول مما كان سيكون عليه لو تم تقبله و معايشته بشكل كامل .

يتم تطبيق هذه التقنية على وضعية محددة مسببة للقلق (وضعية مخيفة ، ذكرى مؤلمة ، .....) ، و ذلك على مرحلتين . المرحلة الأولى تتمثل في أن يقوم المريض باستحضار (تذكر) كلي و تدريجي للوضعية المسببة للقلق ، مع التركيز على التفاصيل الدقيقة للوضعية (الإحساسات الجسدية الألوان ، الأصوات) ، و ذلك بدون تجنب الإنفعالات و الأفكار المصاحبة لها ، و يقوم المعالج بواسطة أسئلته الدقيقة بمساعدة المريض على هذا الإستحضار .

المرحلة الثانية يقوم بها المريض وحده ، بعد أن يشرح له المعالج ما يجب فعله : أعد تذكر الوضعية و شاهدها كملاحظ خارجي دون الحكم عليها . يجب على المريض أن ينتبه إلى جميع عناصر الوضعية و خاصة الإحساسات الجسدية . هذه المرحلة الثانية تستغرق غالبا حوالي بضع دقائق .

غالبا ما تساعد هذه التقنية المريض على الإنفصال عن الإنفعالات التي يشعر بها أثناء الوضعية .

تقنيات تأمل الوعي الكامل ، و تتمثل في توجيه إنتباه المريض بطريقة إرادية نحو أحد العناصر التي يختارها (تنفسه ، الأصوات الموجودة في محيطه ، إحساساته الجسدية ، الإحساسات الناتجة عن حركة جسده ، أفكاره ، إنفعالاته ......) و البقاء مركزا عليه .

إذن ، يجب أن يكون المريض واعيا بشكل كامل (الوعي الكامل) بهذا العنصر . على الرغم من أن هناك عناصر أخرى تدخل حيز الوعي أثناء هذا التمرين ، مثلا ، إذا قمت بتكيز انتباهي على تنفسي لمدة ربع ساعة ، فإنه في نفس الوقت من المحتمل جدا أن تمر بي أفكار (" مالذي سأطبخه للعشاء الليلة ؟) أو إنفعالات (" أشعر بالحزن ") ، أو كذلك إحساسات أخرى (" أحس بالألم في ظهري ") .

هذا التمرين يتمثل إذن ، في إدراك العناصر التي تمر بالمريض ، تقبلها دون الحكم عليها ، ثم إعادة تركيز الإنتباه على العنصر الذي هو موضوع التمرين (هنا موضوع الإنتباه هو التنفس) .

أساليب تأمل الوعي الكامل متعددة و تأثيراتها متداخلة ، حيث أنها تؤثر على الجانبين المعرفي و الإنفعالي . فيما يخص الجانب الإنفعالي ، فإن الوعي الكامل بالحالة الإنفعالية الحالية يؤثر على شدة الإنفعال المزعج و يقلل من شدته و تكراراه . و لكن هذا يتطلب ممارسة هذا التمرين بانتظام .

5-5 تقنيات علاجية أخرى قريبة للعلاج السلوكي المعرفي

هناك بعض التيارات العلاجية مقربة جدا من العلاجات السلوكية المعرفية ، و غالبا ما يتم تطبيقها من قبل معالجين سلوكيين معرفيين ، على الرغم من أننا لا نستطيع القول حتى الآن بأنها تنتمي إلى الموجة الثالثة للعلاجات السلوكية المعرفية .

تقنيات علم النفس الإيجابي ، تم إنشاؤها لجعل مبادئ علم النفس الإيجابي قابلة للتطبيق بالنسبة للمرضى . لهذه التقنيات مكانة لا غبار عليها في العلاجات النفسية ، و بفضل بساطتها و فعاليتها فإنها يمكن أن تدعم الإستراتيجيات العلاجية السلوكية المعرفية .

لاحظ هذه التمارين الثلاثة الخاصة بعلم النفس الإيجابي (توجد تمارين أخرى) : **1) الأشياء الثلاثة الممتعة** : كل مساء ، أكتب ثلاثة أشياء كانت ممتعة خلال يومك (مثلا : كأس من القهوة اللذيذة ، أشعة الشمس ، محادثة ممتعة مع صديق ....) 2**) الإمتنانات الثلاثة** : كل مساء ، عبر بالكتابة عن ثلاثة إمتنانات (بمعنى أن تذكر أوقات رائعة عشتها خلال اليوم ، و تشكر الشخص الذي ساهم في ذلك – مثلا : " شكرا للخباز لأنه صنع الحلوى اللذيذة التي أكلتها ") **3) المحاسن الثلاثة** : كل مساء ، أكتب ثلاث مواقف قمت فيها بتطبيق إحدى محاسنك (يتم تحديد هذه المحاسن قبل بداية التمرين) ، مثلا : " لقد كنت سخيا مع صديق لي ، لقد أثبتت ذكائي من خلال استجابتي لموقف معين ، لقد أثبتت أنه يمكنني فرض نفسي في وضعية معينة " ....

هذه التمارين ، رغم بساطتها ، فإن لها تأثيرا علاجيا معتبرا على الإضطرابات الإكتئابية [1]

إزالة الحساسية و إعادة المعالجة بواسطة حركة العين (EMDR) ، و هي طريقة رغم كونها جديدة إلا أنها تستخدم بشكل متزايد لمعالجة الأحداث الصدمية الماضية (و تناذر إجهاد ما بعد الصدمة PTSD) .

تم تأسيسها من طرف " فرانسين شابيرو" Francine Shapiro في الولايات المتحدة الأمريكية (Shapiro , 2007)[2] . ترتكز هذه الطريقة على جعل المريض – بواسطة تقنيات محددة – يركز على أحد جانبي جسمه بالتناوب (غالبا يقوم بذلك بواسطة عينيه) في نفس الوقت الذي يقوم فيه بتذكر الحدث المؤلم .

تأثير هذه التقنية يساعد على إعادة إدماج ذكريات الحدث الصدمي و جعله مجرد ذكرى سيئة بسيطة و تجريده من قدرته على التسبب بالقلق و المرض النفسي . لا يطبق هذه التقنية إلا معالجون تلقوا تكوينا جيدا فيها .

6- الإستراتيجيات الأساسية حسب الإضطراب النفسي

رأينا إذن أن التقنيات العلاجية في العلاجات السلوكية المعرفية متعددة ، و لكن لا يتم استخدامها بشكل عشوائي أو بقرار بسيط من المعالج و / أو المريض . العلاج السلوكي المعرفي ليس كتابا لوصفات الطبخ و لا يمكن لأحد أن يختار فيه التقنيات العلاجية التي تعجبه .

على الرغم من أن كل مريض له علاج نفسي خاص به ، فإن هذا لا يمنع وجود بعض الإستراتيجيات العلاجية التي أثبتت فعاليتها في علاج إضطرابات معينة .

الإستراتيجية العلاجية هي تسلسل و ترتيب التقنيات التي سيتم تطبيقها أثناء العلاج و ذلك بما يتناسب مع إضطراب المريض ، بهدف الوصول به إلى التحسن .

1. http://www.psychologie-positive.com
2. Shapiro F. (2007). *Manuel d'EMDR*, Paris, InterÉditions ; http://www.emdrfrance. org

في هذا الجزء سيتم عرض الإستراتيجيات العلاجية الأساسية المستعملة بحسب نوع الإضطراب النفسي المشخص . تطبيق الإستراتيجية العلاجية لا يتم إلا بعد إتمام التشخيص ، تحديد المشاكل التي سيتم العمل عليها ، إتمام التربية النفسية و إتمام التحليل الوظيفي للمشكل .

و أيضا ، يجب أن يكون المريض موافقا بشكل كامل على الإلتزام بالإستراتيجية العلاجية و أن تكون هناك علاقة تعاون جيدة بين المريض و المعالج ، و ذلك في إطار تحالف علاجي صلب .

هذه الشروط هي نفسها مع جميع الإضطرابات النفسية ، و لهذا قمنا بذكرها هنا دفعة واحدة .

من جهة أخرى ، هناك العديد من الكتيبات التطبيقية الخاصة بالعلاجات السلوكية المعرفية و التي تتضمن الإستراتيجيات العلاجية الأكثر استعمالا . نحن لن نقوم هنا سوى بعرض أهم ما يميز كل إستراتيجية ، و ذلك لإعطاء فكرة عامة فقط ، و يمكن للقراء إذا أرادوا التعمق التوجه إلى هذه الكتيبات :

- Cottraux J. (2011). *Les thérapies comportementales et cognitives*, Elsevier
- Fontaine O *et al*. (2006). *Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive*, Retz
- Lajeunesse S. *et al. (1998). Manuel de thérapie comportementale et cognitive*, Dunod

في النهاية ، لن يتم هنا سوى تسمية التقنيات ، لأن شرحها قد تطرقنا إليه في الجزء السابق .

1-6 الرهاب البسيط (أو الخاص)

هي عبارة عن استجابة قلق غير تكيفية عند مواجهة موضوع معين ، حيوان ، أو وضعية معينة . يوجد عدة أنواع من الرهاب (رهاب العناكب ، رهاب الماء ، الطائرات ، الدم ، و غيرها) ، قد يكون الرهاب قليل التأثير و شدته ضعيفة ، و لكن إذا ما تم تعميمه و / أو ازدادت شدته ، فإنه قد يصبح معيقا للفرد (لا يعود قادرا على تلقي العلاج بسبب الخوف من الطبيب ، لا يعود قادرا على الخروج بسبب الخوف من العصافير ، و غيرها) .

الإستراتيجية السلوكية المعرفية القاعدية المستعملة ضد هذا الإضطراب يتم تطبيقها على مرحلتين : العمل المعرفي لجعل المريض يتبنى نظرة واقعية للوضعية و يدرك أن استجابة القلق المفرط هي غير عقلانية ، ثم تأتي بعد ذلك التقنية الأفضل لمواجهة هذا الإضطراب و هي التعريض التدريجي الخيالي و الحقيقي ، و ذلك حسب الظروف .

2-6 الرهاب الإجتماعي

هو عبارة قلق إجتماعي شديد غير تكيفي ، يجعل المريض خائفا من العلاقات الإجتماعية و يعمل على تجنبها . في حين أن القلق الإجتماعي التكيفي يعتبر عاديا و لا يمثل مشكلة ، إلا أنه حين يصبح مرضيا فإنه يمكن أن يتسبب في عواقب ضارة للمريض (معاناة نفسية ، الإنعزال ، الفشل أو إنخفاض المستوى في الدراسة و العمل ....) .

غالبا ، يتضمن الرهاب الإجتماعي إحساسا شديدا بالعار و الخجل و الخوف من أن " يكتشف الأخرون أننا في الحقيقة سيئون و ضعفاء " . هذا الخجل الشديد و المقنع ، يكون في الخلفية (أي لا يظهر مباشرة) حيث أن القلق الإجتماعي هو الذي يمكن ملاحظته بوضوح أكثر . هذا الخجل هو المحرك للرهاب الإجتماعي .

هؤلاء المرضى يملكون غالبا تقدير ذات منخفض ، لذلك فإن الخطوة الأولى في الإستراتيجية العلاجية تتمثل في العمل على مشاعر الخجل و تعزيز تقدير الذات ، و ذلك بواسطة إعادة البناء

المعرفي ، بالتركيز على الأفكار الآلية اللاعقلانية المرتبطة بالخجل ، و تساعدنا تقنيات الحوار السقراطي ، تقنية الخانات لـ " بيك " ،و تمارين علم النفس الإيجابي ، على تحقيق ذلك في الخطوة الأولى .

بعد إتمام هذا ، فإن الخطوة الثانية تستهدف القلق الإجتماعي في حد ذاته . و تكون تمارين التعريض للمثيرات الإجتماعية (النظرات ، التواصل اللفظي و غير اللفظي .....) مفيدة لإزالة حساسية المريض لهذه المثيرات المسببة للقلق .

ثم بعد ذلك ، نقوم بتحضيره للعلاقات الإجتماعية ، أولا، باستخدام تقنيات تأكيد الذات ، في إطار لعب أدوار يقوم به المعالج مع المريض أو مع مجموعة من المرضى ، ثم بتطبيق تمارين علائقية في وضعيات حقيقية .

تمارين التعريض للوضعيات الحقيقية (مثلا ، سؤال عدد كبير من المارة عن الطريق المؤدي لمكان معين ......) تكون غالبا ضرورية ، و ذلك بمرافقة من المعالج في البداية ، ثم يقوم بها المريض وحده فيما بعد .

3-6 إضطراب الهلع المصحوب برهاب الأماكن المفتوحة

نوبات الهلع هي استجابة قلق مفرط و عنيف يجتاح المريض بدون سبب واضح . يكون المريض إذن قلقا بشدة و تكون الأعراض الجسدية للقلق ظاهرة بوضوح (التعرق ، تسارع نبضات القلب ، الدوار ....) . يتضمن إضطراب الهلع أيضا خوف المريض من التعرض لنوبة هلع أخرى (الخوف من الخوف) . هذا القلق المسبق ، يكون أحيانا أكثر إزعاجا للمريض من النوبات في حد ذاتها .

في معظم الحالات ، تكون نوبات الهلع مرتبطة برهاب الأماكن المفتوحة ، بمعنى الخوف من الوضعيات التي سيكون من الصعب أو من المحرج أن يحصل فيها على المساعدة في حالة عودة نوبة الهلع (غالبا تكون هذه الوضعيات : وسائل النقل ، الطائرة ، أماكن التجمع الجماهيري ، المحلات الكبيرة ، المصاعد .....) .

العلاج يتمثل أولا في تقديم شرح مفصل للمريض حول ماهية نوبات الهلع (إنذار داخلي كاذب) إشتغالها (الحلقة المفرغة للذعر) و أهمية جانب الإحساسات الجسدية في تشكيل هذه الحلقة المفرغة (لأن الإحساسات الجسدية تدرك على أنها خطر مهدد و تفجر بالتالي إستجابة القلق الشديد) . يمكن أن يتبع هذا الشرح ، بتطبيق إعادة البناء المعرفي إن تطلب الأمر ذلك .

ثم يأتي بعد ذلك علاج مكون من عدة خطوات ، الأولى ، هي مواجهة التنفس السريع (يسبب القلق ارتفاعا في إيقاع التنفس ، و هو ما يسبب زيادة الهواء الداخل للجسم ، و ذلك بدوره هو ما يسبب للمريض الإحساست الجسدية المزعجة و التي يقوم المريض بتأويلها على أنها خطيرة و مهددة في حين أنها في الواقع ليست كذلك) . لمواجهة التنفس السريع ، نقوم بتعليم المريض التحكم في التنفس و الذي يهدف إلى تقليل كمية الأكسجين في الجسم و بالتالي تقليل الإحساسات المسببة للقلق و أيضا يمنحه هذا إحساسا بالقدرة على التحكم في نوبات الهلع .

ثانيا ، وضع برنامج للتعرض للإحساسات الجسدية ، لتعويد المريض على تقبل الإحساسات الجسدية دون الشعور بالقلق ، حيث يقوم المعالج و المريض و في شروط مضبوطة ، بإنتاج الإحساسات المسببة للقلق بالنسبة للمريض (دوار الرأس ، تسارع نبضات القلب ، الإختناق .....) . و يفيد هذا في إزالة حساسية المريض لهذه الإحساسات الجسدية . في هذه الخطوة يتم غالبا القضاء على نوبات الهلع أو على الأقل التقليل منها بشكل كبير . ثم بعد ذلك تتغير الإستراتيجية لتتكيف مع الوضعيات التي تظهر فيها النوبات ، ففي 70 % من الحالات تقترن نوبات الهلع برهاب الأماكن المفتوحة .

يتوجه العلاج إذن بعد ذلك إلى رهاب الاماكن المفتوحة ، و ذلك باستخدام برنامج تعريض للوضعيات المفجرة لنوبات الهلع (الأماكن الغلقة ، الجسور ، السيارة ، الميترو ، المحلات الكبيرة ....) .

4-6 إضطرابات الوساوس القهرية

تتكون هذه الإضطرابات من وساوس (أفكار إقتحامية مسببة للقلق و لا يمكن السيطرة عليها ، مثل

الإصابة بمرض خطير أو التسبب في موت شخص معين .....) و أفعال قهرية (الأفعال السلوكية أو المعرفية التي يقوم بها المريض للتخفيف من القلق ، مثل تكرار التحقق ، تكرار الغسل ، تكرار العد ....) .

الإستراتيجية العلاجية لعلاج هذا الإضطراب يمكنها أن تتضمن مقاربات سلوكية أو معرفية أو تتضمنهما معا . المقاربة المعرفية تتمثل في إعادة البناء المعرفي للأفكار الآلية (مثلا : " إذا لمست شيئا غير معقم ، سأصاب بمرض خطير ") ، حيث يمكن تعويضها بأفكار بديلة (" إحتمال أن يحدث هذا ضعيف جدا ") و هذا ما يقلل من التأثير المسبب للقلق لهذه الأفكار .

المقاربة السلوكية تتمثل في برنامج تعريض متدرج للوضعيات التي تسبب القلق (مثلا ، لمس شيء غير معقم ، .....) ، يجب أن يكون التعريض هنا مصحوبا بمنع الإستجابة (أي دون القيام بالأفعال القهرية سواء كانت سلوكية أو عقلية)، لأن الأفعال القهرية مهما كان نوعها لا تعمل إلا على تكرار الحلقة المفرغة المرضية ، بدون أن يحدث للمريض " التعود " . مثلا ، يمكن أن يطلب من المريض ، في المرحلة الأولى من التعريض ، أن يلمس شيئا غير معقم دون أن يقوم بغسل يديه و لمدة معينة ، و ذلك بهدف أن يحدث له " التعود " .

5-6 إضطراب القلق المعمم

يتمثل في القلق المرتبط بوضعيات من الحياة اليومية (المحيط ، العمل ، الصحة ، .....) ، حيث أن المريض لا يستطيع منع نفسه عن تخيل سيناريوهات كارثية و خاصة في الوضعيات التي تقبل التأويل أي تتميز بعدم اليقين (تأخر صديق عن الحضور ، مشكل صحي خفيف ، ملف يجب معالجته في العمل ،.....) .

يؤدي عدم اليقين هذا إلى إحداث إستجابة قلق شديد مرتبط بأفكار كارثية (حوادث ، أمراض خطيرة ، فصل من العمل .....) ، حيث يكون المريض مقيدا بهذه المخاوف الشديدة المرتبطة بوضعيات حياته اليومية .

الإستراتيجية العلاجية تتضمن عدة مقاربات سلوكية معرفية : إعادة البناء المعرفي للأفكار الكارثية التحقق من صحة السيناريوهات الكارثية (تمرين السهم النازل) و من لاعقلانيتها ، التعرض للمخاوف و للسيناريوهات الكارثية ، التعرض للوضعيات المسببة للقلق مع تجنب القيام بسلوكات التأكد (مثلا ، عدم الإتصال بالصديق عدة مرات حين يتأخر قليلا) ، الإسترخاء ، الوعي الكامل ، تسيير الحصر ، تقنية حل المشكلات (لحل المشاكل الواقعية التي تسبب القلق للمريض) .

6-6 تناذر إجهاد ما بعد الصدمة

هي الإستجابة الإنفعالية المرضية للشخص الذي واجه حدثا خطيرا جدا و مهددا له (إعتداء ، حادث، كارثة طبيعية ...) . هذه الإستجابة قد تكون فورية ، و قد تكون بعدية ، و لكنها تصبح بعد ذلك مستمرة و تسبب عدة مشاكل للفرد (القلق ، الإكتئاب ، التفكك ، إضطرابات النوم .....) .

يتمثل العلاج السلوكي المعرفي في عدة مقاربات مترابطة فيما بينها كالآتي : أولا ، تعليم الإسترخاء لتخفيض شدة القلق و منح المريض وسيلة لمواجهته . ثم بعد ذلك ، من المناسب أن نقوم مع المريض بعمل معرفي و ذلك لتحديد الأفكار الآلية المختلة و إعادة بنائها ، و بما أن هذه الأفكار تسبب قلقا شديدا فإنه قد يكون من المناسب أن نطبق تقنية التعرض للأفكار و للذكريات الصدمية المرتبطة بهذه الأفكار و ذلك في نفس الوقت مع إعادة البناء المعرفي (إزالة الحساسية بواسطة التخيل) ، و يمكن أن نقوم بهذا أيضا بواسطة تقنيات التعرض للإنفعالات .

أخيرا ، المرحلة الأخيرة من العلاج تمثل في برنامج تعريض متدرج للوضعيات المسببة للقلق و المرتبطة بالذكريات الصدمية (المكان ، الأشخاص ، بعض الوضعيات الخاصة التي يحددها المريض) .

7-6 الإضطرابات الإكتئابية

تعرف الإضطرابات الإكتئابية بالمزاج الحزين ، الأفكار السوداء ، ضعف في تقدير الذات و ضعف في حيوية الشخص و استمتاعه بالحياة . و يمكن أن يترافق هذا أيضا مع إضطرابات وظيفية (فيما يتعلق بـ : النوم ، السلوكات الغذائية ، التركيز .....) .

توجد عدة إستراتيجيات علاجية سلوكية معرفية لمواجهة هذا الإضطراب .

العلاج المعرفي لـ " بيك " يتمثل في إعادة البناء التدريجي للأفكار الآلية المسببة للإحباط (" لا قيمة لي " ، " العالم لا معنى له " ، و غيرها) بهدف تعويضها بأفكار بديلة واقعية و تكيفية .

هناك مقاربة معرفية أخرى ، و هي امتداد لمقاربة " بيك " ، و هي العلاج بالمخططات لـ " جيفري يونغ " ، و الذي يقوم إنطلاقا من الأفكار الآلية ، بالتعمق و الوصول إلى المخططات المعرفية ثم العمل على تغييرها أو إيقاف نشاطها .

قد تتضمن الإستراتيجية العلاجية أيضا ، مقاربات سلوكية ، و خاصة برنامج إستئناف النشاطات العامة و إستئناف النشاطات الممتعة بشكل خاص .

هناك مقاربات أخرى تنتمي للموجة الثالثة قد أثبتت فعاليتها في علاج هذه الإضطرابات ، و يمكن استعمالها لتدعيم العلاج : تقنيات علم النفس الإيجابي (لتحسين المزاج و الرفع من تقدير الذات) ، تأمل الوعي الكامل (لتجنب الإنتكاسات الإكتئابية) و تقنيات تقبل الإنفعالات (لتخفيض شدة الإستجابة السلبية للإضطراب ، مثلا ، " أشعر بالعار لأنني مصاب بالإكتئاب " ، لأن هذه الإستجابة لا تعمل إلا على تفاقم و استمرار المشكل) .

8-6 إضطرابات الإدمان

تتميز إضطرابات الإدمان بكون المريض مرتبطا بمادة ، مثلا المخدرات ، السجائر ، أو الكحول (أحيانا قد يكون مرتبطا بسلوك و ليس بمادة ، مثلا اللعب ، الإنترنت .....) . هذا الإرتباط يسبب

آثارا سلبية على الشخص في ما يخص صحته ، إندماجه الإجتماعي و المهني ، حياته العائلية ، و غيرها .

الإستراتيجية العلاجية السلوكية المعرفية تتكيف غالبا مع درجة دافعية المريض ، حسب النموذج الذي وضعه " بروشاسكا و ديكليمينتي " Proschaska et DiClemente (أنظر الشرح أسفله)

في الواقع ، إيقاف الإدمان هو أمر صعب ، و قد يصبح مستحيلا إذا لم يمتلك المريض الدافعية لذلك

الخطوة الأولى في الإستراتيجية العلاجية هي تقييم مرحلة التغيير التي يتواجد فيها المريض و ثم تطبيق العلاج الأنسب لهذه المرحلة . التقنيات المستخدمة هي تقنيات معرفية (إعادة البناء المعرفي للأفكار المختلة ، التحكم في الأفكار التي تدعم الإنتكاس) ، و تقنيات سلوكية (التعرض للمادة ، التعرض للرغبة في التعاطي أو الإستعمال ، و أيضا تقنية حل المشكلات ، تقنية تعليم السلوكات مثل رفض كأس من الكحول ، لعب الأدوار ....) ، و تقتيات إنفعالية و جسدية (الإسترخاء ، تسيير الحصر ..)

لا يجب أن ننسى أنه في هذا النوع من الإضطرابات ، تكون المقابلة التحفيزية و التحالف العلاجي الجيد مهمين جدا في مساعدة المريض .

المراحل الستة للتغيير – نموذج بروشاسكا و ديكليمينتي ، و الإستراتيجية التحفيزية [1]

ماقبل التفكير : المريض لا يمتلك دافعية للتغيير (العلاج : تقديم معلومات حول مخاطر الإدمان ، و البقاء في الخدمة في حالة طلب المريض المساعدة) .

التفكير : ينشأ تجاذب لدى المريض بين التغيير و عدم التغيير ، (العلاج : العمل على هذا التناقض) .

القرار : المريض يريد التغيير فورا أو في القريب العاجل ، (العلاج : التشاور و اختيار الإستراتيجية التي قد تمكنه من التغيير) .

النشاط : المريض يعمل بشكل ملموس على التغيير ، (العلاج : الدعم ، التوجيهات ، التعزيز الإيجابي) .

الإستمرار : المريض يستمر و يحافظ على التغيير (العلاج : تجنب الإنتكاسات) .

الإنتكاس : يعود المريض إلى سلوكه الإدماني القديم (العلاج : عدم التهويل ، الإنتكاس ليس كارثة ، الحد من شدة تأثير الإنتكاس ، و إستئناف العلاج من المرحلة التي توقف فيها ، أي التي حدث فيها الإنتكاس) .

9-6 إضطرابات السلوك الغذائي (فقدان الشهية – الشراهة)

تتمثل في إختلالات في سلوكات التغذية ، بالحرمان الغذائي و الخوف اللاعقلاني من زيادة الوزن و/ أو بنوبات الشراهة . العلاجات السلوكية المعرفية يمكنها أن تساعد في تحسين هذه الوضعيات .

المقاربات المستخدمة مع الشراهة تختلف قليلا عن المستخدمة مع فقدان الشهية ، ولكن هناك بعض الجوانب المشتركة .

أولا ، تقديم معلومات للمريض حول السيرورة الفيزيولوجية للتغذية و النتائج السيئة لنقص التغذية و للتقيؤ (إذا كان يعاني منهما) ، و خاصة إخباره أن نقص التغذية يستمر تلقائيا و ذلك لأسباب فيزيولوجية و نفسية (لأن نقص التغذية يولد ، فيزيولوجيا ، فقدان للرغبة في الطعام و هذا ما يساهم في استمرار و تفاقم إضطراب فقدان الشهية) .

هناك عنصر أخر مهم في العلاج و هو القيام ، بعد موافقة المريض ، بالتغيير التدريجي للسلوكات الغذائية و ذلك لكسر الحلقة المفرغة المرضية ، و لتجنب الأخطار المحتملة لنقص التغذية (التي يمكن أن تصل إلى الموت) . يجب على المريض إذن تطبيق مجموعة من التمارين المتدرجة بهدف إكتساب سلوك غير مرضي ، و يترافق هذا العمل مع التعزيز الإيجابي (يحصل المريض على مكافأة عندما يحقق الأهداف المطلوبة) ، كما يمكن أن يتم التعزيز في إطار التعلم الإجتماعي (تناول العشاء مع شخص لا يعاني من إضطرابات السلوك الغذائي) .

إعادة البناء المعرفي تكون مفيدة لتغيير الأفكار المختلة حول التغذية و الوزن ، كما أن صورة الذات التي تكون غالبا لاعقلانية لدى هؤلاء المرضى ، تحتاج إلى العمل عليها (العمل المعرفي ، الجسدي ، العلائقي ، البصري ، .....) ، و كذلك يكون ضروريا أحيانا العمل على رفع تقدير الذات و الثقة بالنفس . و أخيرا ، و بما أن الإنفعالات السلبية تساهم في السلوكات الغذائية المضطربة ("تحدث لي نوبة شراهة عندما أشعر بالحزن ") ، فإن العمل على تمييز الإنفعالات و تسييرها يعتبر مهما جدا ، و يمكن أن يتم بواسطة تقنية التعرض للإنفعالات ، تقنية الإسترخاء ، أو تأمل الوعي الكامل .

غالبا ما يكون من المفيد أيضا العمل مع المحيط (الأهل ، المقربون) ، لدعم المريض ، و لتحسين علاقته مع عائلته و التي تكون غالبا متضررة بسبب الإضطراب ، لأن تضرر هذه العلاقة يساهم في استمرار و تعزيز الإضطراب .

10-6 الإضطرابات الجنسية

تتمثل في جميع الإختلالات التي تحدث خلال العلاقة الجنسية (إضطرابات الرغبة الجنسية ، إضطراب الإنتصاب ، القذف المبكر ، الآلام ، التشنج المهبلي ، عدم الإستثارة ....) . يتم علاج هذه الإضطرابات مع المريض وحده أو مع شريكه ، و ذلك حسب الوضعية و حسب الطلب الذي يقدمه المريض .

في جميع الأحوال ، يجب أولا إقصاء فرضية وجود سبب عضوي للإضطراب . و لا يكون العلاج النفسي إلا بعد ذلك . الخطوة الأولى من العلاج (بعد التحليل الوظيفي) تتمثل عادة في العمل على تصورات المريض حول الجنس و حول الصعوبات التي يعاني منها ، و ذلك بهدف إعادة بناء الأفكار المختلة (مثلا : " إنه من العادي ممارسة الجنس مرتين في اليوم " ، " الممارسة الجنسية الناجحة يجب أن تستمر ساعة على الأقل " ، و غيرها) و مساعدة المريض على تبني أفكار أكثر تكيفا و أقل تسببا في القلق . يمكن أيضا تعليم المريض تقنيات مواجهة الأفكار المسببة للقلق أثناء ممارسة الجنس (تقنية إيقاف التفكير مثلا) .

بعد ذلك ، و حسب نوع المشكل ، يتم اقتراح تمارين سلوكية على المريض ، مثلا ، تمارين التلمس الحميمي للذات و للشريك بدون إتصال جنسي في البداية ، ثم مع الإتصال الجنسي فيما بعد حين يكون الزوجان مستعدين لذلك (هذه التمارين يتم مناقشتها أثناء الحصص و لكن المريض يطبقها في منزله دون حضور المعالج !) . في حالة آلام المهبل (آلام على مستوى المهبل) ، يمكن إقتراح تمارين الإسترخاء و التعريض للإيلاج غير المؤلم . في حالة القذف المبكر ، يمكن الإعتماد على تمارين سلوكية تسمح باستعادة شعور الإثارة الجنسية الناتجة عن الإحساسات الجسدية للإيلاج .

في الغالب ، تكون هذه التمارين مرتبطة بتمارين خاصة من مقاربات أخرى مثل الإسترخاء أو تأمل الوعي الكامل و التي تساعد المريض على إدراك أفضل لجسده و لإحساساته و تمكنه من تسيير أحسن لقلقه (Poudat, 2011) [1] .

6-11 إضطرابات النوم

تشمل خاصة مشاكل الأرق الذي يظهر إما عند وقت النوم ، أو أثناء الليل بسبب الإستيقاظ عدة مرات بسبب الكوابيس ، أو في الصباح بسبب الإستيقاظ المبكر جدا . هذه الصعوبات يمكن أن تكون منعزلة و مستقلة أو قد تكون نتيجة (عرضا) لإضطراب نفسي آخر (الإكتئاب ، القلق ، ......) . و في هذه الحالة ، نقوم أولا بمعالجة الإضطراب النفسي ، ثم إذا تطلب الأمر ، نعالج إضطراب النوم .

في حالة كون الأرق مستقلا عن أي اضطراب نفسي آخر (يسمى هنا الأرق الأولي) ، فإن العلاج يبدأ بالتربية النفسية حول النوم ، حول ما يفسد النوم ، و أن بعض السلوكات (تناول القهوة ، التبغ ، مشاهدة التلفاز في السرير ، الحرارة ، النشاط البدني قبل النوم ، التحرك بعنف في السرير ، و غيرها) و بعض الأفكار (الرغبة في النوم بشدة ، التفكير في أن ليلة سيئة سوف يتبعها بالضرورة يوم سيء أو أن آثارها السلبية تظهر بسرعة على الصحة ، و غيرها) تساهم في تفاقم إضطرابات النوم .

بعد ذلك ، يجب توجيه المريض ، إذا تطلب الأمر ، نحو إنشاء سياق جسدي و نفسي مساعد على النوم (التقليل من ما يعرقل النوم) . و يمكن أيضا أن نشجع المريض على الإنبساط قبل النوم (بواسطة الإسترخاء ، الوعي الكامل ، النشاطات الهادئة و المسترخية ...) . الخطوة التالية (و يمكن حتى أن تسبق الخطوة التي قبلها) تتمثل في العمل المعرفي لإعادة بناء الأفكار الخاطئة حول النوم (مثلا : " إنه من الخطير عدم النوم " ، " أستطيع التحكم في نومي " ، و غيرها) .

1. Poudat F.X. *et al*. (2011). *Sexualité, couple et TCC*, Paris, Elsevier Masson.

و أخيرا إذا لم يساعد ذلك في تحسن الأرق بشكل كافي و كانت شدة الأرق كبيرة فإن هناك بعض الأساليب السلوكية التي تساعد على استعادة اللذة و الحاجة إلى النوم ، و تتمثل في التقليل من النوم و ذلك

بجعل المريض ينام مدة أقل من التي ينامها حاليا ، ثم نقلل تدريجيا من المدة التي يقضيها في النوم و المدة التي يقضيها في الفراش عندما لا يكون نائما ، و ذلك بهدف زيادة تراكم و ضغط الحاجة للنوم ثم بعد ذلك ، حين يستعيد المريض بعض النوم ، نزيد تدريجيا مدة نومه (Morin, 2009) [1] .

12-6 إضطرابات الشخصية

و هي سمات الشخصية اللاتكيفية و التي تشكل صعوبات متكررة ، وقد تكون شديدة ، للشخص .

إنطلاقا من التعريف ، و تماما مثل الشخصية بشكل عام ، فإن هذه السمات تكون مستمرة وثابتة و تشكل جزءا من الشخص ، بمعنى أنها تميزه و تصفه ، و ذلك على عكس الإضطرابات النفسية الأخرى التي تصيب المريض و لا تكون جزءا من شخصيته .

إن هذه الإضطرابات صعبة ، لأنها مثبتة بشكل عميق و منذ مدة طويلة جدا في الشخص و تمس معظم جوانب حياته ، و خاصة في ما يخص علاقته بالمحيط ، بالآخرين ، و بنفسه .

إنطلاقا من خصوصيتها ، فقد تم فصل هذه الإضطرابات عن الإضطرابات الأخرى في التصنيفات الطب عقلية ، من DSM 1 إلى DSM 4R ، و لكن الأمر اختلف في DSM 5 حيث تم تصنيف إضطرابات الشخصية مع الإضطرابات النفسية الأخرى .

من هذه الإضطرابات ، يتكرر بشكل كبير إضطراب الشخصية الحدية (أو الحالات الحدية) و تتميز هذه الشخصية بصعوبة تسيير الإنفعالات و تكون إندفاعية جدا ، تصاب بالإكتئاب بشكل متكرر ، إحساس ضعيف بالذات (الشعور بالفراغ) ، علاقة قد تكون مضطربة مع المحيط (و هذا راجع لكون تصور الواقع يصبح أكثر هشاشة باستمرار) ، العلاقات مع الآخرين تكون مضطربة

1. Morin C. (2009). *Vaincre les ennemis du sommeil*, Les Éditions de l’Homme.

و غير مستقرة و تتميز بالخوف من الهجر ، و الميل إلى إيذاء الذات (جرح الذات ، محاولات الإنتحار .....) .

الإستراتيجية العلاجية السلوكية المعرفية تتمثل في تحليل المشاكل التي يواجهها الشخص واحدة تلو الأخرى ، ثم تحديد الأساليب الأنسب لتجاوزها . العلاج السلوكي الديالكتي لـ " لينيان Lenehan " يعتبر العلاج الأكثر استخداما مع هذا النوع من الإضطرابات .

هذا العلاج متكامل جدا ، و يمزج المقابلات الفردية ، الحصص الجماعية ، التواصلات الهاتفية ، وكل هذا يمنح المريض دعما كبيرا ، حيث يعمل المريض خلالها على أفكاره ، سلوكاته و انفعالاته و ذلك بواسطة التقنيات السلوكية المعرفية المعتادة و منها تقنيات التقبل و تقنيات التأمل .

التسيير الأفضل للإنفعالات و السلوكات ، إحساس أكثر بالتكامل ، التعامل بشكل أكثر تكيفا مع العلاقات و الحياة الإجتماعية ، هي أهداف هذا العلاج (Linehan, 2000) [1] .

13-6 الإضطرابات الفصامية

تظهر هذه الإضطرابات بأشكال مختلفة ، حيث تتميز بأعراض " إيجابية " (الهذيانات ، الهلاوس ، إضطراب السلوك .....) ، و بأعراض " سلبية " (الإنسحاب الإجتماعي ، التثبيط ، فقدان الحيوية .....) ، و لكن في جميع الحالات ، تمثل هذه الأعراض إضطرابا كبيرا في العلاقة مع الواقع (مع الذات ، الآخرين ، الواقع المادي ....) . تكون هذه الإضطرابات غالبا مزمنة و تحتاج إلى تكفل طب عقلي قد يكون كبيرا أحيانا (الإستشفاء ، العناية المركزة ....) .

العلاجات السلوكية المعرفية ، و العلاجات النفسية بشكل عام ، لا تكفي للتكفل و علاج هذه الإضطرابات ، و لكنها يمكن أن تساهم في تحسن المريض و في تأسيس حياة ذات جودة أفضل و علاقة أكثر تكيفا مع الواقع . المقاربات السلوكية المعرفية يمكنها أن تتدخل على عدة مستويات و في عدة مراحل من تطور الإضطراب .

1. Linehan M.M. (2000). *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état limite*, Genève, Médecine et Hygiène.

يمكن أن يتضمن التكفل عدة معالجين في نفس الوقت . يقوم المعالج الأول بتقديم الدعم لمريض و مساعدته في حياته اليومية على تجاوز القلق الذي يسيطر عليه . بالإضافة إلى ذلك ، و باستعمال برنامج التربية العلاجية للمريض (ETP) الذي هو أحد برامج التربية النفسية المتدرجة ، يقدم المعالج الثاني معلومات دقيقة و مفيدة للمرضى و عائلاتهم حول التعامل مع الإضطراب و مع النوبات التي قد تحدث. و هو ما يساهم في تحسين الإستبصار لدى المريض (وعي المريض بالإضطراب و بنتائجه) ، و هذا في حد ذاته يزيد من فائدة التخل الطبي و النفسو- علاجي و بالتالي ، يحسن من مآل المرض .

بعد ذلك ، نستخدم تأثير برامج التأمل المعرفي و ذلك لتقليل إختلالات الوظائف التنفيذية (الإنتباه ،تدفق الأفكار ، و غيرها) ، و بذلك تتحسن الكيفية التي يدرك بها المريض محيطه ، و بالتالي يصبح المريض أكثر تكيفا . بالإضافة إلى ذلك ، قد يكون من المناسب استعمال أسلوب إعادة البناء المعرفي لتغيير المعتقدات المختلة ، حتى ولو كانت هذه المعتقدات هذيانية (" الرب يتحدث معي إنه يقول لي بأنه يجب أن أنتحر .... ") .

برامج تحسين المهارات الإجتماعية قد تكون أيضا مفيدة ، و أيضا تقنيات حل المشكلات .

أخيرا ، لمساعدة المريض على الوصول إلى تسيير أحسن للإنفعالات و علاقة أفضل مع نفسه في حد ذاتها ، يمكن استعمال تقنيات الإسترخاء و تقنيات الوعي الكامل .

إنه من المهم أيضا العمل مع محيط المريض ، و ذلك بهدف تقليل التعبيرات الإنفعالية الشديدة داخل العائلة و التي تعتبر مسببات للقلق الشديد لدى المرضى الذين يعانون من الفصام .

هذا النوع من التكفل يتميز بكونه متعدد التخصصات (عدة مختصين من عدة مهن مختلفة : المختص النفسي ، الممرض ، المساعد الإجتماعي ، الطبيب العقلي) (Kingdom *et al.*, 2011)[1]

14-6 الإضطرابات ثنائية القطب

تتميز هذه الإضطرابات بالتقلبات الغير طبيعية للمزاج ، سواء بالإرتفاع (حالة الهوس) ، أو بالإنخفاض (حالة الإكتئاب) ، و لهذا تسمى أيضا " إضطرابات الهوس الإكتئابي " . هذه الإختلافات المتطرفة في المزاج تزعج المريض و تجعله هو و الأشخاص المحيطين به في حالة معاناة ، و يمكن أيضا أن يكون لها تأثير على مجموعة من الجوانب في حياة المريض (العلاقات الإجتماعية ، العمل ، علاقات الصداقة و علاقات الحب ، الإندماج الإجتماعي ...) .

خلال الفترة مابين النوبات ، يمكن أن يكون سلوك المريض فيها متكيفا ، و ذلك إذا التزم بالعلاج بانتظام . الفترات التي يكون فيها المزاج عاديا ، و تكون ما بين النوبات ، يمكن أن تدوم عدة سنوات و حتى عدة عقود إذا تلقى المريض تكفلا جيدا .

التكفل بهذه الإضطرابات يكون أولا تكفلا طبيا ، و ذلك لمنح المريض العلاج الدوائي الطويل المدى أو حتى حجزه لمدة في المستشفى إذا كان ذلك ضروريا . إن العلاجات النفسية وحدها ليست فعالة بما فيه الكفاية في السيطرة على تقلبات المزاج و نتائجها .

و لكن على الرغم من ذلك ، عندما يهدأ المريض قليلا بواسطة الأدوية ، فإن العلاجات السلوكية المعرفية لها دور مهم تلعبه . أولا ، في تقديم الدعم للمريض و مساعدته على تسيير الوضعيات الصعبة في حياته اليومية . من جهة أخرى ، يمكن أن يقوم المعالج بتدخل يتضمن التربية النفسية و ذلك بشكل فردي أو في جماعة ، مع أو بدون حضور العائلة ، هذا العمل التربوي- النفسي يمكن أن يتم تعزيزه بواسطة برامج خاصة للتربية العلاجية للمريض و/أو لعائلته (و منها ETP) .

يسمح هذا للمريض بفهم أفضل للصعوبات التي يعاني منها و ذلك تسييرها و التعامل معها بشكل أفضل .

يمكن للمعالج السلوكي المعرفي أن يساعد المريض على إدراك أفضل لأعراضه و هذا إذا كانت شدة أعراضه ضعيفة ، و خاصة أعراض الهوس و التي تتميز بأن المريض يستمتع بها و بالتالي يكون إدراكها صعبا بالنسبة للمريض .

عندما يتمكن المريض من ملاحظة الأعراض في بدايتها ، فإنه يكون من الأسهل إيقافها و ذلك قبل أن يدخل في النوبة الشديدة (سواء الهوسية أو الإكتئابية) . العلاجات السلوكية المعرفية يمكنها أيضا أن تتدخل عندما يكون المريض في المرحلة الإكتئابية و ذلك لمساعدة المريض بواسطة التقنيات السلوكية على استئناف نشاطاته . يمكن أيضا استعمال تقنيات تأمل الوعي الكامل و ذلك لتعزيز وعي المريض بأعراضه و تقليص إحتمال الإنتكاس .

7- خاتمة

إن العلاجات السلوكية المعرفية هي تطبيق لتقنيات معينة ، في إطار استراتيجيات علاجية منظمة أثبتت فعاليتها علميا . هذه الإستراتيجيات المنظمة تكون أكثر فعالية إذا تم تطبيقها في إطار علاقة تتميز بتحالف علاجي جيد .

قد تكون هناك أحيانا بعض الصراعات بين تطبيق البرنامج العلاجي الذي ثبتت فعاليته علميا و بين المحافظة على التحالف العلاجي .

فالأسلوب العلمي من جهة ، يفرض على المعالج أن يقوم بتطبيق البرنامج العلاجي الذي ثبتت فعاليته علميا ، و من جهة أخرى التحالف العلاجي يفرض على المعالج أن يأخذ المريض بعين الإعتبار ، حيث أن المريض قد يكون لديه رغبات لا علاقة لها بالبرنامج العلاجي . مثلا ، قد يواجه المريض مشاكل جديدة و يود لو يتحدث عنها ، حتى لو كان البرنامج العلاجي يهتم حاليا بمشكل آخر و قد يحدث أيضا ، و لأسباب متعددة ، أن يرفض المريض إحدى التقنيات رغم أنها جزء من البرنامج العلاجي

هل يجب إذن التركيز على البرنامج العلاجي و المخاطرة بإضعاف التحالف العلاجي ، أو الإمتثال لطلب المريض و المخاطرة بالخروج عن البرنامج العلاجي ؟

هنا تظهر إحترافية المعالج ، حيث يستخدم قدرته على التفهم ، قدرته على الإبداع و قدرته على التخيل و ذلك لتوفير أحسن تكفل للمريض و ذلك بالعمل بأقصى ما يمكنه على تطبيق التقنيات و الإستراتيجيات الأنسب للصعوبات التي يعاني منها المريض .

الصرامة و المرونة ، التقنية و الحدس ، الموضوعية و التفهم ، هي العناصر التي تميز سلوك المعالج النفسي ، و الذي يجب أن لا يكون مجرد مطبق للتقنيات السلوكية المعرفية .

خاتمة عامة

أن تكون معالجا سلوكيا معرفيا هو أمر مشوق و مثير . فهذه المقاربة (السلوكية المعرفية) تمنح المعالج النفسي إستراتيجيات و تقنيات فعالة لمساعدة المرضى . أن ترى مريضا يتحسن ، و يشعر بأنه أفضل و يعيش حياة أكثر متعة ، بفضل العمل العلاجي الذي قمنا به معه ، هو أمر يبعث الشعور العميق بالرضا لدى المعالج .

بالإضافة إلى ذلك ، العلاجات السلوكية المعرفية هي مقاربات متجددة و لا تتوقف عن التطور و عن إدماج تقنيات جديدة تنتمي لمقاربات مختلفة عن مقاربات علم النفس المرضي و مقاربات العلاج النفسي ، و هذا ما يجعل المعالج يخاطر بأن يتجاوزه التطور بسرعة ، إذا بقي يكرر نفس الممارسات كل مرة .

من جهة أخرى ، العلاقة التعاونية و التي تكون بين المعالج و المريض ، هي علاقة محفزة و تقحم كلا من المعالج و المريض في تفاعل مشترك ، و هي مفيدة جدا من الجانب الإنساني .

و أخيرا ، بفضل براغماتيتها و تنوعها ، فإن العلاجات السلوكية المعرفية تحفز المعالج على تطوير إبداعه ، حيث أن عليه دائما أن يكيف التقنيات العلاجية مع خصوصيات كل مريض ، و حتى إنشاء تقنيات و استراتيجيات جديدة خاصة بالمريض وحده (في الحالات الخاصة جدا) .

حسنا ، إذا كنت أنا مقتنعا بفائدة العلاجات السلوكية المعرفية سواء بالنسبة للمرضى (و هذا هو الأهم) أو بالنسبة للممارسة العلاجية ، فإنني أتمنى أن يوضح هذا التقديم السريع للعلاجات السلوكية المعرفية للقراء جزءا من هذه الفائدة ، و أن يوضح لهم بشكل أفضل ماهية العلاجات السلوكية المعرفية ، ماهية نظرياتها ، و تقنياتها ، و ذلك حتى يتمكن القراء من فهمها بشكل أفضل ، بمعنى أن يستفيدوا منها شخصيا أو مهنيا . و إذا حدث ذلك ، فسأكون سعيدا و سيكون هذا الكتاب قد حقق الهدف الذي تم تأليفه لأجله .